

سلسلة علم النفس

العلاج النفسي

أصوله - تطبيقاته - أخلاقياته

تأليف

د. حسين شايد



سلسلة علم النفس

تمهيد

يعتبر مجال الاضطرابات العقلية أحد المجالات الهامة والمثيرة للاهتمام لدى المنظرين والباحثين في مجال علم النفس. وقد سبق وأن صدر للمؤلف عدة مؤلفات تهتم بمجال الاضطرابات العقلية. منها كتاب الاضطرابات السلوكية والذي يهتم بتشخيص الاضطرابات العقلية وفقاً لما ورد من معايير تشخيصية في دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM - IV, 1994) والذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA). أما الكتاب الثاني، فهو كتاب علم النفس المرضى الذي اهتم بمناقشة وطرح عوامل المخاطرة والنظريات المفسرة للاضطرابات العقلية. أما الكتاب الثالث، فهو كتاب علم النفس الإكلينيكي والذي يهتم بالبحث والممارسة الإكلينيكية في مجال الاضطرابات العقلية .

ويعتبر الكتاب الحالي هو الكتاب الرابع المكمل لسلسلة علم النفس في مجال الاضطرابات العقلية الخاصة بمؤلفه، حيث يهتم بتناول العلاج النفسي لهذه الاضطرابات، معتمداً في ذلك على طرق العلاج النفسي في علاجها سثنياً العلاج الطبي الذي يستخدم العقاقير والجلسات الكهربائية حيث أن لك ليس في طبيعة التخصص الدقيق للمؤلف .

وإذا كان المؤلف أراد أن يلقي الضوء على كيفية علاج بعض اضطرابات العقلية في هذا الكتاب، إلا أنه في بداية هذا الكتاب أراد أن يركز أصول العلاج النفسي فضلاً عن أخلاقيات .

ويتضمن الكتاب الذي بين أيدينا إحدى عشر فصلاً موزعة على ثلاثة أبواب، هي: الباب الأول: أصول العلاج النفسي، ويشمل فصلين، يخصص الأول بمدخل إلى العلاج النفسي، ويختص الفصل الثاني بأساليب

العلاج النفسى. أما الباب الثانى: أخلاقيات العلاج النفسى، ويتضمن الفصل الثالث الذى يختص بالقضايا الخاصة بالعملاء والمعالجين، ويختص الفصل الرابع بالقضايا الأخلاقية والقانونية فى العلاج النفسى. وبالنسبة للباب الثالث: تطبيقات العلاج النفسى، فيتضمن سبعة فصول، هى الفصل الخامس الذى يختص بالعلاج النفسى والمجتمعى للفصام، والفصل السادس الذى يختص بعلاج الاعتماد على العقاقير، والفصل الثامن الذى يختص بعلاج اضطرابات الشخصية، والفصل التاسع الذى يختص بعلاج اضطرابات القلق، والفصل العاشر الذى يختص بعلاج الانتحار، والفصل الحادى عشر الذى يختص بعلاج الاضطرابات الجنسية .

وأرجو من الله عز وجل أن يستفاد من هذا الكتاب الزملاء الباحثون والمعالجون النفسيون. وأطمئن القارئ أنه سوف يتم إضافة فصول أخرى تختص بعلاج اضطرابات عقلية أخرى فضلاً عن تعميق الفصول الحالية فى الطبقات اللاحقة .

والله مدونا، القصد،،

د / حسين على فايد

طنطا - أكتوبر ٢٠٠٥

الباب الأول

أصول العلاج النفسى

الفصل الأول : مدخل إلى العلاج النفسى .

الفصل الثانى : أساليب العلاج النفسى .

الفصل الأول

مدخل إلى العلاج النفسي

مقدمة :

في هذا الفصل، سوف نفحص ونناقش الملامح الأساسية المشتركة بين جميع أساليب العلاج. وبعد ذلك نناقش مجالات تعتمد على العلاج النفسي، وعلاج الاضطرابات النفسية بواسطة أساليب نفسية مثل التحدث عن المشاكل واستكشاف طرق جديدة للتفكير والسلوك .

وتستخدم هذه المجالات أساليباً مشتقة من مجالات سيكودينامية وإنسانية وسلوكية ومعرفية للعلاج.

ويجب الإشارة إلى أنه يجب أن نضع في الاعتبار أن غالبية المهنيين في مجال الصحة النفسية يرون أنفسهم كمعالجين إئتقائيين Eclectic Therapist. بمعنى أنهم يميلون إلى مجال علاجي واحد، ولكن أثناء العمل مع عملاء معينين أو مشاكل معينة، فإنهم يستعينون بأساليب من أنماط علاجية أخرى (Jensen et al., 1990) ، فضلاً عن تلقي كثير من العملاء عقاقيراً مؤثرة نفسياً بجانب العلاج أثناء سير العلاج النفسي (Lickey & Gordon, 1991).

كما سوف نلقى بعض الضوء على أمر هام في العلاج النفسي، تتمش في سبعة الخدمات النفسية العلاجية، وممارسات متعلقة بآتباع العلاج، فضلاً عن مناقشة العوامل الثقافية في العلاج النفسي.

الأساسية للعلاج النفسي :

تشارك جميع العلاجات الخاصة بالاضطرابات النفسية وكذلك العلاجات الخاصة بالاضطرابات الجسمية في ملامح أساسية معينة وتشمل هذه الملامح

العامّة عميلاً أو مريضاً، ومعالجاً يتوقع منه أن يكون قادراً على مساعدة العميل وتأسيس علاقة خاصة بينه وبين العميل. وبالإضافة إلى ذلك، تقوم كل أشكال العلاج على نظرية ما عن أسباب ومشاكل العميل. وعادة يركز الأخصائيون النفسيون على تغيير العمليات النفسية من خلال العلاج النفسي. ويمكن تصنيف الناس الذين يتلقون علاجاً نفسياً إلى فئتين عامتين، هما: المرضى الداخليين Inpatients والمرضى الخارجيين Outpatients. فالمرضى الداخليون يُعالجون في مستشفيات أو مؤسسات إقامة أخرى، إنهم نزلاء مستشفى لأن إصابتهم شديدة بما يكفي لتهديد رعايتهم أو أمن الآخرين. وإعتماداً على مستوى أدايتهم، فإن المرضى الداخليين قد يظلون في المستشفى لأيام قليلة أو حتى سنوات عديدة. ويشمل علاجهم دائماً عقاقيراً مؤثرة نفسياً Psychoactive drugs. أما المرضى الخارجيين، فيميلون إلى أن يكونوا أصغر في العمر، أو يكونوا إنثاء، أو يأتون بشكل غطى من طبقات متوسطة أو عليا.

أولئك الذين يقدمون العلاج النفسي هم مجموعة متنوعة كذلك. فمنهم الأطباء النفسيون Psychiatrists، وهم أطباء أكملوا تدريباً متخصصاً كاملاً في علاج الاضطرابات النفسية. وهم مثل الأطباء الآخرين لديهم ترخيص فر. وصف العقاقير لعلاج المشاكل النفسية. ومنهم الأخصائيون النفسيون Psychologists، الذين يقدمون العلاج النفسي، وهم ممن أكملوا عادة درجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي أو الإرشادي، يليها في الغالب تدريباً متخصصاً إضافياً. ونوه هنا إلى أن الأخصائيين النفسيين ليس لديهم ترخيصاً لوصف العقاقير في العلاج النفسي رغم وجود جدل مستمر لاقتراح تحديد خصائص الصفات للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الذين قد كانوا مدربين

بصفة خاصة لهذه الوظيفة. ومقدمو العلاج الآخرين يشملون الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي Clinical Social Workers، ومعالجوا الزواج والأسرة Marriage and family therapists، والمرشدون المهنيون المرخصون Licensed professional counselors. ويحمل جميعهم بشكل غطى درجة الماجستير في مهنتهم الخاصة، ويقدمون علاجاً في مجموعة متنوعة من المحيطات، مثل المستشفيات والعيادات، والممارسة الخاصة. وفضلاً عن هؤلاء المتخصصين في مجال العلاج النفسي المنوه عنهم سلفاً، فتوجد ممرضات الطب النفسي، ومرشدو سوء استخدام المواد، وأعضاء من رجال الدين الذين يقدمون كذلك أشكالاً من العلاج. ويمثلون جزء من الفريق العلاجي للمرضى الخارجيين.

ويعتبر الهدف العام لمقدمي العلاج هو مساعدة الناس المضطربين على تغيير تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكهم بأساليب تشفى وتخفف الأسى أو الكرب، وتزيد الرفاهية أو السعادة وتحسن أدايتهم الكلى. ولتحقيق هذا الهدف، يحاول بعض المعالجين أن يساعدوا على كسب الاستبصار في الأسباب المختلفة للمشاكل، ويسعى آخرون إلى تعزيز النمو من خلال التعبير الذاتي الأصيل Genuine self-expression، ولازال آخرون يساعدون العملاء على تعلم وممارسة طرق جديدة من التفكير والسلوك. وتعتمد الطرق الخاصة المستخدمة في العلاج على أهداف محددة.

المناهج للعلاج، والتفضيلات النظرية والمنهجية للعلاج. وتوجد مئات الطرق أو الأساليب النوعية للعلاج النفسي (Ellis, 1995; Bongar & Beutler, 1997). ويقع معظمها في واحدة من أربع فئات عامة، هي: السيكوندينامية، والإنسانية (الظواهرية)، والسلوكية والمعرفية. وفيما يلي سوف نعرض للفئات الأربع الأساسيات للعلاج النفسي.

أساليب العلاج النفسي

يعتبر الهدف العام للعلاج النفسي هو مساعدة الأفراد المضطربين على تغيير أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم من خلال عدة طرق أو أساليب للعلاج، تتمثل في الآتي :

العلاجات السيكو دينامية (التحليلية النفسية):

وتهدف إلى النضج النفسي عن طريق الاستبصار وتقوية وظائف الأنا. ويُستخدم فيها طريقة التداعي الحر، وتحليل الأحلام، وتحليل الطرح. وهذا بالنسبة للعلاج السيكو دينامي الكلاسيكي (لفرويد). أما العلاج السيكو دينامي المعاصر، فيهدف إلى تصحيح تأثيرات القسمل الخاصة بالترلاقات المبكرة، وتطوير علاقات حميمة تبعث على الرضا، ويُستخدم فيه تحليل الطرح والطرح المضاد .

العلاجات الإنسانية (الظواهرية) :

وتهدف إلى تحقيق القوة والوعي الممتد وتقبل الذات. ويُستخدم في ذلك المقابلات الموجهة للانعكاس والمصممة لنقل الإحترام الإيجابي، غير المشروط، والتقمص العاطفي، والتطابق، والتدريبات لتنمية الوعي بالذات.

العلاجات السلوكية :

وتهدف إلى تغيير السلوكيات غير المرغوبة، وذلك باستخدام تقنيات مثل التعزيز الإيجابي، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتدعيم الإيجابي، والاشتراط المنفر، والعقاب، والانطفاء، وإعادة البناء المعرفي .

العلاجات المعرفية :

تشتمل العلاجات المعرفية على كل الطرق التي تزيل الألم النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة. والعلاج المعرفي هو تطبيق الطرق الشائعة في التفكير والتي طُورت في الحياة العادية. وبذلك تهدف العلاجات المعرفية إلى التعامل مع عملية تحريف الواقع، والتعامل مع التفكير غير المنطقي .

أشكال العلاج النفسي

يأخذ العلاج النفسي شكلين أساسيين، هما: (١) العلاج الفردي، (٢) العلاج الجمعي، والأسري، والخاص بالأزواج .

(١) العلاج الفردي: Individual Therapy

وهنا يقتصر العلاج النفسي على مريض واحد في الجلسة العلاجية، ويستخدم معه المعالج أى طريقة أو أسلوب من أساليب العلاج النفسي التي تم التنويه عنها سلفاً. وهنا يكون الطرح مركزاً على المعالج، وهذا بخلاف العلاج الجمعي الذي يكون الطرح فيه موزعاً على باقى أفراد المجموعة .

العلاج الجمعي، الأسري، الخاص بالأزواج :

Group, Family, and Couples Therapy

يُجرى - أيضاً - مع مجموعات من العملاء أو مع أفراد الأسرة. ويشير العلاج الجمعي إلى علاج متزامن خاص بعملاء عديدين تحت إرشاد معالج يحاول أن يسهل التفاعلات المساندة بين أعضاء المجموعة. ويمكن توظيف العلاجات

السيكودينامية والظاهرية والسلوكية جميعها للاستخدام في جماعات. وتنتظم كثير من الجماعات حول نمط واحد من المشاكل (مثل، إدمان الكحول) أو نمط واحد من العملاء (مثل، المراهقين).

وفي معظم الحالات يتقابل ستة إلى إثني عشر عميلاً مع المعالج مرة على الأقل كل أسبوع لمدة عامين. ويجب أن يوافق جميع أعضاء المجموعة على سرية كل شيء يحدث خلال الجلسات الجماعية.

ويقدم العلاج الجمعي ملامحاً عديدة غير موجودة في العلاج الفردي (Fuhriman & Burlingame, 1995, Yalom, 1995). وتتمثل تلك الملامح

في الآتي:

أولاً: يسمح العلاج الجمعي للمعالج بملاحظة العملاء وهم يتفاعلون مع بعضهم.

ثانياً: غالباً ما يشعر العملاء بأنهم أقل وحدة وهم يستمعون إلى غيرهم، ويتبينوا أن أفراداً كثيرين يناضلون مع صعوبات بنفس شدة صعوباتهم على الأقل. ويميل هذا الإدراك إلى زيادة توقعات كل عميل في التحسن، وهذا عامل هام في كل أشكال العلاج.

ثالثاً: يمكن لأعضاء المجموعة أن يدعموا الثقة الذاتية والقبول الذاتي لبعضهم من خلال الثقة والتقدير المتبادل بينهم، وهذا في حد ذاته ينمي

لثقة المجموعة.

رابعاً: يتعلم العملاء من بعضهم البعض، ويشاركون في الأفكار الخاصة بحل المشاكل ويعطون بعضهم تغذية راجعة آمنة Honest Feedback عن كيفية تأزر الأعضاء.

خامساً: ربما عن طريق تقليد نماذج مشتركة، فإن خبرة المجموعة تجعل العملاء أكثر رضى لمشاركة مشاعرهم وأكثر حساسية لاحتياجات الناس الآخرين ودوافعهم ورسائلهم.

سادساً: وفي النهاية، يسمح العلاج الجمعي للعملاء بأن يحاولوا تعلم مهارات جديدة في بيئة مدعمة.

وتتمثل مميزات العلاج الجمعي في مساعدة الذات، أو المساعدة المشتركة، والمؤسسات، وجماعات مساعدة الذات، مثل مدمنو الكحول مجهولوا الإسم (AA)، وتتكون من أشخاص يشتركون في خبرة مشكلة معينة ويتقابلون لمساعدة أحدهم الآخر. وتوجد جماعات مساعدة الذات لسلسلة واسعة من المشاكل، تشمل إدمان الكحول والعقاقير، والإساءة الجنسية في الطفولة، والسرفان، والإفراط في الأكل، والمقامرة القهرية، والفساد. وقد تمت حركة مساعدة الذات واسعة الانتشار خلال العقدين الآخرين في القرن العشرين (Kurtz, 1997). وجزئياً لأن أفراداً كثيرين مضطربين يمكن أن يسعوا نوعاً ما للمساعدة من الأصدقاء، والمدرسين، أو مساعدين آخرين «غير رسميين» قبل التحول إلى ممارس الصحة النفسية، وذلك لأن بعض الناس لم يرضهم العلاج المهني. وتعمل عشرات من مؤسسات مساعدة الذات من خلال مئات من آلاف المؤسسات المحلية، تلحق حوالي ١٠ أو ١٥ مليون مشارك في الولايات المتحدة (Gottman & Peters, 1991). وتستمر هنا إلى أن نقص البيانات الموثوق فيها يجعل من الصعب تقدير قيمة جماعات مساعدة الذات الكثيرة، ولكن تروحي المعلومات المتاحة بأن الأعضاء النشطين قد يحصلون على مساعدة معتدلة في حياتهم (Morganstern et al., 1997). وينظر بعض المعالجين إلى هذه الجماعات كمتناغمة مع العلاجات التي يقدموها

السيكودينامية والظاهراتية والسلوكية جميعها للاستخدام في جماعات. وتتنظم كثير من الجماعات حول نغمة واحد من المشاكل (مثل، إدمان الكحول) أو نغمة واحد من العملاء (مثل، المراهقين).

وفي معظم الحالات يتقابل ستة إلى إثني عشر عميلاً مع المعالج مرة على الأقل كل أسبوع لمدة عامين. ويجب أن يوافق جميع أعضاء المجموعة على سرية كل شيء يحدث خلال الجلسات الجماعية.

ويقدم العلاج الجماعي ملامحاً عديدة غير موجودة في العلاج الفردي (Fuhrihan & Burlingame, 1995, Yalom, 1995). وتمثل تلك الملامح في الآتي:

أولاً: يسمح العلاج الجماعي للمعالج بملاحظة العملاء وهم يتفاعلون مع بعضهم.

ثانياً: غالباً ما يشعر العملاء بأنهم أقل وحدة وهم يستمعون إلى غيرهم، ويتبينوا أن أفراداً كثيرين يناضلون مع صعوبات بنفس شدة صعوباتهم على الأقل. ويميل هذا الإدراك إلى زيادة توقعات كل عميل في التحسن، وهذا عامل هام في كل أشكال العلاج.

ثالثاً: يمكن لأعضاء المجموعة أن يدعموا الثقة الذاتية والقبول الذاتي لبعضهم من خلال الثقة والتقدير المتبادل بينهم، وهذا في حد ذاته ينمي تماسك المجموعة.

رابعاً: يتعلم العملاء من بعضهم البعض، ويشاركون في الأفكار الخاصة بحل المشاكل ويعطون بعضهم تغذية راجعة آمنة Honest Feedback عن كيفية تأزر الأعضاء.

خامساً: ربما عن طريق تقليد نماذج مشتركة، فإن خبرة المجموعة تجعل العملاء أكثر رضاء لمشاركة مشاعرهم وأكثر حساسية لاحتياجات الناس الآخرين ودوافعهم ورسائلهم.

سادساً: وفي النهاية، يسمح العلاج الجماعي للعملاء بأن يحاولوا تعلم مهارات جديدة في بيئة مدعمة.

وتتمثل مميزات العلاج الجماعي في مساعدة الذات، أو المساعدة المشتركة، والمؤسسات، وجماعات مساعدة الذات، مثل مدمنو الكحول مجهولوا الاسم (AA)، وتتكون من أشخاص يشتركون في خبرة مشكلة معينة ويتقابلون لمساعدة أحدهم الآخر. وتوجد جماعات مساعدة الذات لسلسلة واسعة من المشاكل، تشمل إدمان الكحول والعقاقير، والإساءة الجنسية في الطفولة، والسرطان، والإفراط في الأكل، والمقاومة القهرية، والفصام. وقد نمت حركة مساعدة الذات واسعة الانتشار خلال العقدتين الأخيرتين في القرن العشرين (Kurtz, 1997). وجزئياً لأن أفراداً كثيرين مضطربين يمكن أن يسعوا نوعاً ما للمساعدة من الأصدقاء، والمدرسين، أو مساعدين آخرين «غير رسميين» قبل التحول إلى ممارس الصحة النفسية، وذلك لأن بعض الناس لم يرضهم العلاج المهني. وتعمل عشرات من مؤسسات مساعدة الذات من خلال مئات من آلاف المؤسسات المحلية، تلحق حوالي ١٠ أو ١٥ مليون مشارك في الولايات المتحدة وحوالي ١/٦ مليون في كندا (Gottlieb & Peters, 1991). ونشير هنا إلى أن نفس البيانات الموثوق فيها يجعل من الصعب تقدير قيمة جماعات مساعدة الذات الكثيرة، ولكن توحى المعلومات المتاحة بأن الأعضاء النشطين قد يحصلون على مساعدة معتدلة في حياتهم (Morganstern et al., 1997). وينظر بعض المعالجين إلى هذه الجماعات كمتناغمة مع العلاجات التي يقدموها

ويحثون العملاء على المشاركة في جماعات مساعدة الذات كجزء من علاجهم (Zweben, 1996).

وهذا أمر حقيقي بالنسبة للعملاء ذوي مشاكل مثل اضطرابات الأكل، وإدمان الكحول، واضطرابات سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً.

وكما يُلمح إليه إسمه العلاج الأسري فهو علاج لفردين أو أكثر من نفس نظام الأسرة، أحدهما - في الغالب مراهق أو طفل مضطرب - هو العميل المحدد مبدئياً. ويلقى الاصطلاح نظام الأسرة Family System الضوء على فكرة أن المشاكل المعروضة بواسطة أحد أعضاء الأسرة غالباً ما تعكس مشاكلًا في الأداء الأسري الكلي (Clarkin & Carpenter, 1995). ويمكن رؤية هذا الاعتماد المتبادل في الأنظمة الأسرية. على سبيل المثال، عندما يكون لشفاء عضو من الأسرة من اضطراب نفسي تأثير متنوع على الصحة النفسية لعضو آخر في الأسرة. ففي إحدى الحالات، قد جاء شفاء امرأة من اكتئاب شديد بعد انتحار زوجها بفترة قصيرة. واستنتج معالج الأسرة أن الثبات النفسي لهذا الرجل - ودوره في الأسرة - قد اعتمد على أن تكون له زوجة مريضة، وتذكر مثل هذه الحالات المعالجين بأن علاج فرد في عزلة من النظام الأسري يمكن أن يكون مدعاة لمشكلة، وأحياناً مصحوبة بكارثة (Nichols & Schwartz, 1991).

وفي النهاية، تصبح الأسرة هي العميل، ويتضمن العلاج أعضاء كثيرين بقدر الامكان. وفي الحقيقة، ليس هدف العلاج الأسري معالجة فرد واحد، بل هو عميل معين ولكن خلف تناغم وتوازن في نطاق الأسرة بمساعدة كل عضو على أن يفهم نماذج تفاعل الأسرة والمشاكل التي تخلقها. وكما هو الحال في العلاج الجمعي، فإن شكل العائلة يعطى المعالج رأياً ممتازاً عن كيف أن العميل المحدد بداية يتفاعل مع الآخرين، ومن ثم تقديم مساحة عامة لمناقشة قضايا هامة.

وقد تم تأسيس العلاج الأسري ليلام مجالات نظرية كثيرة. على سبيل المثال، يبين المعالجون الذين يؤكدون على نظرية العلاقات بالموضوع أنه إذا لم ينجح الوالدان في حل الصراعات مع والديهم، فإن هذه الصراعات سوف تظهر على السطح مع أقرانهم وأطفالهم. وطبقاً لذلك، فإن جلسات العلاج الأسري يجب أن تركز على مشاكل الوالدين مع والديهم، وكلما أمكن أن تشتمل أعضاء الجيل الأكبر، كلما كان ذلك أفضل (Nugent, 1994). ويوجد مجال آخر يُسمى العلاج الأسري البنائي Structural family therapy، الذي يركز على نماذج التواصل الأسري (Minuchin & Fishman, 1981). وهو يركز على تغيير النماذج والطبوس الجامدة التي تخلق تحالفات (مثل، تحالف الأم والطفل ضد الأب)، والتي تعجل الصراع وتمنع تواصل الحب والمساندة، وحتى الغضب، ويقترح معالجو الأسرة البنائيون أنه عندما تستأصل نماذج التواصل المختلفة فإن السلوكيات المشكلة تنتقص لأنها لم تعد ضرورية للبقاء في النظام الأسري.

ويستخدم المعالجون السلوكيون جلسات العلاج الأسري كمقابلات عندما يمكن أن يتناقش أعضاء الأسرة ويوافقون على إتفاقيات سلوكية Behavioral Contracts. وإذا قامت على مبادئ الاشتراط الإجرائي فإن هذه الاتفاقيات تُؤسس القواعد وإحتمالات التدعيم التي تساعد الوالدين على تشجيع سلوكيات أطفالهم المدعومة فيها (أحياناً السلوكيات غير المدعومة). وتساعد الأقران على أن يصبحوا أكثر تدعيماً كلاً منهما للآخر (O'farrell, 1995).

كما يقدم المعالجون ذوو الآراء النظرية الكثيرة علاجاً للأزواج Couples therapy، يكون التواصل بين الشركاء هو المحور الأعظم أهمية

للعلاج. وغالباً ماتدور الجلسات حول التعلم الخاص بالالتزام بقواعد المحادثة Rules for talking . كما قد إبتكر المعالجون السلوكيون برنامجاً، يُسمى التدخل السلوكي قبل الزواج Behavioral Premarital intervention، وذلك البرنامج مصمم لمساعدة الشخصين المخطوبين على منع المشاكل الزوجية قبل أن يبدأ الزواج ويعدونهما للتعامل بفاعلية مع المشاكل التي قد تنشأ (Sullivan & Bradbury, 1996).

طبيعة الخدمات النفسية العلاجية

لا يُوصف العلاج النفسي بسهولة لأنه يتغير بشدة إعتياداً على المعالج والمشاكل الخاصة التي يقدمها العميل. وتوجد غالباً مجموعة متنوعة من المجالات التي يمكن أن يُستفاد منها للتعامل مع المشكلة (المشاكل) التي أحضرتك للعلاج. وبصفة عامة تختلف هذه الخدمات عن أى خدمات تتلقاها من طبيب من حيث أنها تتطلب منك مشاركة وتعاون نشيطين .

والعلاج النفسي له كل من الفوائد والمخاطر. وقد تشمل المخاطر الممكنة خبرة المشاعر غير المريحة (مثل الحزن، الذنب، القلق، الغضب، الإحباط، العزلة، أو اليأس) أو التذكر الخاص لأحداث غير سارة فى حياتك. وتشمل الفوائد الممكنة تخفيض دال فى مشاعر الأسى، والعلاقات الطيبة، وحل أفضل للمسائل ومهارات لمواجهة رجل مسائل معيه. وإذا ما أخذنا فى عيبار طبيعة العلاج النفسي، فإنه من الصعب التنبؤ بما سوف يحدث بدقة، ولكن معالجك سوف يبذل أقصى جهده للتأكد من أنك ستكون قادراً على تناول المخاطر وبعض الفوائد على الأقل. ومع ذلك، يبقى العلاج النفسي علماً غير صارم ولايستطيع أن يقدم ضمانات بخصوص النتائج .

الإجراءات :

عادة يبدأ العلاج النفسي بتقويم، فالممارسة الحقيقية فى مركز الخدمات النفسية (P S C) هى القيام بتقويم يستمر من ٢-٤ جلسات ويبدأ هذا التقويم بموعده غريلة ويُتبع بمقابلة لأخذ المعلومات (قد تستمر من ١-٣ جلسات). وخلال التقويم، يجب أخذ قرارات عديدة: على المعالج أن يقرر إذا ما كان لدى مركز الخدمات النفسية الخدمات التي يحتاج إليها لعلاج مشكلتك (مشاكلك) المقدمة، وأنت باعتبارك العميل فعليك أن تقرر إذا كنت مستريحاً مع المعالج الذي قد كان مخصصاً لك، وعلى كل منكما - أنت والمعالج المخصص- أن تقررا أهدافكما بالنسبة للعلاج وكيف تحققانها على أفضل وجه

وبكلمات أخرى، فبنهاية التقويم، سوف يقدم لك معالجك انطباعات أولية عن ماسوف يتضمنه العلاج، إذا ماقررت الاستمرار. وبصفة عامة، يتضمن العلاج إلتزاماً كبيراً بالوقت والمال والطاقة، ولذلك فإنه حقل أن تكون دقيقاً بالنسبة للمعالج الذي تنتقيه. وإذا كانت لديك أسئلة عن أى من إجراءات مركز الخدمة النفسية أو المعالج الذي خُصص لك، فأشعر بالحرية لمناقشة تلك الأسئلة بصراحة مع المعالج. وإذا كانت لديك شكوك عن مركز الخدمة النفسية أو معالجك المخصص، فسوف نكون سعداء فى مساعدتك على تحديد ما هو أفضل خيار لك.

وإذا ماقررت أن تسعى إلى خدمات فى مركز الخدمة النفسية، فإن معالجك سوف يحدد عادة جلسة من ٥٠ دقيقة كل أسبوع فى زمن يُتفق عليه بشكل مشترك (وفى ظروف خاصة قد تكون الجلسات أطول أو أكثر تكراراً). وسوف يُحجز هذا الموعد لك على أساس منتظم ويعتبر موعداً مباشراً (أى، إذا

لم تحضره أسبوعاً ما، فإنه لا يزال مخصصاً لك فى نفس الوقت فى الأسبوع التالى)، ومن الصعب التنبؤ بفترة العلاج النفسى (أسابيع أو شهور)، ولكن هذا الأمر، سوف يناقشه معالجك معك حينما تشارك فى خطة العلاج المبدئية بعد إكمال التقرير .

موضوعات متعلقة باتعاب العلاج :

يعتمد تحديد تكلفة العلاج على دخل العميل ومتطلبات المعالج. وبالإضافة إلى الدفع من أجل المواعيد الأسبوعية، فإن العميل يتحمل مصاريفاً خاصة لخدمات مهنية أخرى قد تحدث (مثل محادثات تليفونية تستمر أطول من عشر دقائق، مقابلات أو استشارات قام العميل بطلبها مع مهنيين آخرين.. إلخ). وفى ظروف غير عادية، قد تصبح منغمساً فى دعوى قضائية حيثما تطلب مشاركة معالجك (أو مشرفة). ومن المتوقع منك أن تدفع مقابل هذا الوقت المهني المطلوب حتى إذا كان معالجك مُجبر على الشهادة بواسطة طرف ثالث. كما نتوقع منك أن تدفع مقابل كل جلسة فى وقت إنعقادها، مالم توافق أنت ومعالجك على غير ذلك. وسوف تتم الموافقة على قوائم الدفع للخدمات المهنية الأخرى فى وقت طلب هذه الخدمات. وفى ظروف الصعوبة المالية غير العادية، قد تتفاوض على خطة توفيق الأتعاب أو الدفع بالتقسيط مع المعالج المخصص لك. وبمجرد جدولة ساعة موعدك المحددة، سيتوقع منك أن تدفع مقابلها (حتى) إذا أخطأتها أو لم تحضرها مالم تقدم إشعار إلغاء قبل حلولها بأربعة وعشرين ساعة .

ولمساعدة معالجة على تحديد أهداف وأولويات علاجية واقعية، فإنه من المهم تقويم الموارد المتاحة للدفع مقابل علاجك. وإذا كان لديك بوليصة تأمين،

فإنها سوف تقدم عادة بعض الغطاء للعلاج الصحى النفسى عند تقديم مثل هذا العلاج بواسطة مهنى مرخص .

العوامل الثقافية فى العلاج النفسى

تخيل أنه بعد الانتقال إلى دولة غير مألوفة لمتابعة تعليمك أو مهنتك، تصبح مكتئباً بشدة. ويوجد صديق لك هناك يحيلك إلى معالج متخصص فى مثل هذه المشاكل. وخلال جلستك الأولى يحملق المعالج فيك بشكل مقصود. يلمس رأسك لمدة لحظات، ويقول «لقد دخلت فيك روح شريرة من النهر وتحاول أن تخرج. إننى سوف أقدم مساعدة». ويبدأ فى الغناء بهدوء ويبدو أنه يدخل فى غشية. فماذا يمكن أن تظن أو تعتقد؟ إذا كنت مثل معظم الناس الذين نشأوا فى ثقافة غريبة فمن المحتمل أنك لن تستمر فى العلاج، لأن هذا المعالج يحتمل أنه لا يشاركك اعتقاداتك وتوقعاتك عن ماهو خاطئ بك وعن مايجب أن يفعل بالنسبة إليه» .

كما يمكن أن تحدث تصادمات ثقافية اجتماعية ماثلة فى نطاق دولة واحدة إذا ما حضر عملاء إلى العلاج خلفية ثقافية أو ثقافية فرعية أو رأى عالمى لا يشترك فيه المعالج. على سبيل المثال، إذا ما زعم معالج أن ألماً فى المعدة قد مفسد بعانه منه العملاء، قد فعلاً معالجاً، انزعاجاً، أو كلاً منهما متأكد أن أنه يأتى كعقاب لأنه أهان أحد أقربائه الذى توفى منذ فترة زمنية بعيدة، فإن المعالج لن يقبل بسهولة العلاج القائم على مبادئ إدارة الضغوط. وفى الولايات المتحدة الأمريكية توجد تصادمات ثقافية جذيرة باللوم بسبب قلة الاستخدام أو الانسحاب من خدمات الصحة النفسية بواسطة مهاجرين جدد، وكذلك، إن خطة أى معالج يجب أن تأخذ فى الاعتبار الخلفيات الثقافية

أصل أسباني أو أعضاء من مجتمعات أخرى أقلية. وغالباً ماتكن المشكلة فى أهداف تتزوج بشكل غير ملائم. فالمعالج الذى يعتقد أن فرداً ما يجب أن يواجه ويتغلب على مشاكل الحياة، قد يواجه أيضاً مشاكل عملاً يعتقد أن عليه أن يعمل بهدوء عند قبول مثل هذه المشاكل وقد تكون النتيجة إلى حد كبير مثل شخصين يغنيان لحن ثنائى، فيستخدمان نفس الموسيقى ولكن كلمات الأغنية مختلفة .

وننوه هنا إلى أن المجهودات العظمى تحت التنفيذ لضمان أن الفروق الثقافية بين العملاء والمعالجين لا تعوق تقديم العلاج للأفراد أو يحتاجه. وفى الحقيقة، يسعى كل برنامج تدريب للصحة النفسية فى أمريكا الشمالية إلى تجنيد مزيد من الطلاب من جماعات أقلية تحسب الكفاية لكي يجعل من الأسهل مضاهاة العملاء بالمعالجين من خلفيات ثقافية مماثلة.

ولازال فى معظم الحالات، يواجه عملاء جماعات الأقلية معالجاً من خلفية ثقافية مختلفة، ولذلك فإن الباحثين يفحصون أيضاً - قيمة مضاهاة التقنيات العلاجية بتوقعات وتفضيلات مؤسسة ثقافياً للعملاء. على سبيل المثال، قد يتوقع كثير من العملاء من ثقافات جماعيات - يكون التأكيد فيها على رغبات شخصية مخضعة لتوقعات الأسرة والأصدقاء - تلقى تعليمات معينة من معالج عن كيفية التغلب على المشاكل. فكيف يمكن لمثل هؤلاء العملاء أن يستجيبوا لمعالج يؤكد علاجه المتمركز حول العميل؟ ولماذا؟ وقد الأهداف الفردية باعتبارها مستقلة وتحمل المسؤولية لدية لإدارة التغيير؟ وقد فُحص الفرض بأن القيم الجمعية لثقافات أسبانية يمكن أن تقود الأسبانيين والأمريكيين من أصل أسباني إلى تفضيل مجال حل المشكلات التوجيهى بدلاً من الطرق المتمركزة حول العميل بشكل غير مباشر. ووجدوا أن تفضيل العلاج

التوجيهى كان أعلى لدى الأسبانيين ذوى المولد الأجنبي مقارنة بالأسبانيين ذوى المولد الأمريكى أو الأمريكيين من أصل أوروبى. ومع ذلك، توجد دائماً فروق فردية، فقد يتفاعل عميلان من نفس الثقافة بشكل مختلف تماماً لعدم يقترح بحث جمعى - أنه قد يكون مثالياً لكل منهما .

واليوم، أصبح المعالجون النفسيون أكثر حساسية عما كانوا من قبل للقيم الثقافية الخاصة بجماعات معينة وللفارق الدقيق الخاص بالتواء الثقافى المتبادل Intercultural Communication .

وفى الحقيقة إن بعض ولايات أمريكا أو الدول الأخرى تتطلب - الآن أخصائين نفسيين يكملون المناهج الخاصة بدور العوامل الثقافية فى العلاج قبل منحهم رخصة العلاج. وتساعد هذه المناهج أو التدريبات الإكلينيكية على تقدير المواقف لدى العميل (على سبيل المثال، يعتبر من غير الأدب الأخلاق فى بعض الثقافات أن تقوم باتصال بصرى مع شخص غريب، ومن ثم فإن العملاء من هذه الثقافات ليسوا مكتئين بالضرورة، أو ينقصهم تقدير الذات، أو غير مراعين لإحترام الآخرين لمجرد أنهم ينظرون بأعينهم فى الأرض خلال المقابلة) .

ويحصل الطلاب قبل التخرج على تدريب مماثل وخبرة عملية كجزء من عملهم التخصصى فى علم النفس الإكلينيكي أو الإرشادى. ويقترح الباحثون مع هؤلاء الطلاب أن التدريب يزيد حساسيتهم للعوامل الثقافية فى العلاج ولكنه لا يزيد بالضرورة إتقانهم للعمل الواقع مع أعضاء أقليات عرقية. وذلك، فإن التدريب على الحساسية الثقافية يساعد المعالجين على تقدير رؤى العميل الخاص بالعالم وبذلك تتحدد الأهداف التى تكون فى تناغم مع ذلك الرأى (Sue, 1998) . ويعتبر تقليل الفرص إلى أدنى حد - الخاصة بسـ

أصل أسباني أو أعضاء من مجتمعات أخرى أقلية. وغالباً ماتكن المشكلة فى أهداف تتزوج بشكل غير ملائم. فالمعالج الذى يعتقد أن فرداً ما يجب أن يواجه ويتغلب على مشاكل الحياة، قد يواجه أيضاً عميلاً يعتقد أن عليه أن يعمل بهدوء عند قبول مثل هذه المشاكل وقد تكون النتيجة إلى حد كبير مثل شخصين يغنيان لحن ثنائى، فيستخدمان نفس الموسيقى ولكن كلمات الأغنية مختلفة .

وننوه هنا إلى أن المجهودات العظمى تحت التنفيذ لضمان أن الفروق الثقافية بين العملاء والمعالجين لاتعوق تقديم العلاج لأى فرد يريده أو يحتاجه. وفى الحقيقة، يسعى كل برنامج تدريب للصحة النفسية فى أمريكا الشمالية إلى تجنيد مزيد من الطلاب من جماعات أقلية تحت الكفاية لكى يجعل من الأسهل مضاهاة العملاء بالمعالجين من خلفيات ثقافية مماثلة.

ولازال فى معظم الحالات، يواجه عملاء جماعات الأقلية معالجا من خلفية ثقافية مختلفة، ولذلك فإن الباحثين يفحصون - أيضاً - قيمة مضاهاة التقنيات العلاجية بتوقعات وتفضيلات مؤسسة ثقافياً للعملاء. على سبيل المثال، قد يتوقع كثير من العملاء من ثقافات جماعات - يكون التأكيد فيها على رغبات شخصية مخضعة لتوقعات الأسرة والأصدقاء - تلقى تعليمات معينة من معالج عن كيفية التغلب على المشاكل . فكيف يمكن لمثل هؤلاء العملاء أن يستجيبوا لمعالج يؤكد علاجه المتمركز حول العميل على مثل هذه الأهداف الفردية باعتبارها مستقلة ويتحمل المسئولية لإدارة التغيير... وقد فُحص الفرض بأن القيم الجمعية لثقافات أسيوية يمكن أن تقود الأسيويين والأمريكيين من أصل أسيوى إلى تفضيل مجال حل المشكلات التوجيهى بدلاً من الطرق المتمركزة حول العميل بشكل غير مباشر. ووجدوا أن تفضيل العلاج

التوجيهى كان أعلى لدى الأسيويين ذوى المولد الأجنبى مقارنة بالأسيويين ذوى المولد الأمريكى أو الأمريكيين من أصل أوروبى. ومع ذلك، توجد دائماً فروق فردية، فقد يتفاعل عميلان من نفس الثقافة بشكل مختلف تماماً لعلاج - يُقترح بحث جمعى - أنه قد يكون مثالياً لكل منهما .

واليوم، أصبح المعالجون النفسيون أكثر حساسية عما كانوا من قبل للقيم الثقافية الخاصة بجماعات معينة وللفارق الدقيق الخاص بالتواصل الثقافى المتبادل Intercultural Communication .

وفى الحقيقة إن بعض ولايات أمريكا أو الدول الأخرى تتطلب - الآن - أخصائين نفسيين يكملون المناهج الخاصة بدور العوامل الثقافية فى العلاج قبل منحهم رخصة العلاج. وتساعد هذه المناهج أو التدريبات الإكلينيكيين على تقدير المواقف لدى العميل (على سبيل المثال، يعتبر من غير الأدب أو الأخلاق فى بعض الثقافات أن تقوم باتصال بصرى مع شخص غريب، ومن ثم، فإن العملاء من هذه الثقافات ليسوا مكتئبين بالضرورة، أو ينقصهم تقدير الذات، أو غير مراعين لإحترام الآخرين لمجرد أنهم ينظرون بأعينهم فى الأرض خلال المقابلة) .

ويحصل الطلاب قبل التخرج على تدريب مماثل وخبرة عملية كجزء من عملهم التخصصى فى علم النفس الإكلينيكى أو الإرشادى. ويقترح البحث مع هؤلاء الطلاب أن التدريب يزيد حساسيتهم للعوامل الثقافية فى العلاج... ذلك، فإن التدريب على الحساسية الثقافية يساعد المعالجين على تقدير رأى العميل الخاص بالعالم وبذلك تتحدد الأهداف التى تكون فى تناغم مع ذلك الرأى (Sue, 1998) . ويعتبر تقليل الفرص إلى أدنى حد - الخاصة بسوء

الفهم الثقافى وسوء التواصل - هو أحد الالتزامات الكثيرة التى يزعمها المعالجون كلما عملوا مع عميل .

القواعد والحقوق فى العلاقة العلاجية:

يمكن أن يكون العلاج خبرة إنفعالية مكشفة، ويمكن أن تؤثر العلاقة المؤسسة مع المعالج بعمق فى حياة العميل. وتتطلب الأخلاقيات المهنية والإحساس العام من المعالج أن يتأكد أن هذه العلاقة لا تؤذى العميل. على سبيل المثال، تمنع المبادئ الأخلاقية للأخصائيين النفسين وقواعد السلوك الصادرة من الجمعية النفسية الأمريكية العلاقة الجنسية بين المعالج والعميل بسبب الأذى الشديد الذى تسببه تلك العلاقة للعميل. وللمساعدة على مقاومة انتهاكات هذا القانون، فإن جميع برامج الإقامة الداخلية لعلم النفس المهني Professional Psychology المعتمدة تتطلب من طلابها أن يتلقوا تدريباً فى هذا الموضوع الأخلاقى الجيوى. (المزيد من التفصيل انظر الباب الثانى) .

كما تتطلب المعايير الأخلاقية، مع استثناءات قليلة، أن يبقوا بصراحة كل شىء يقوله العميل فى العلاج سرياً. والسرية هى إحدى أهم الملامح الخاصة بالعلاقة العلاجية الناجحة لأنها تسمح للعميل بمناقشة مشاعر غير سارة أو سلوكيات وأحداث مربكة بدون الخوف من أن المعالج قد يكشف هذه المعلومات لأشخاص آخرين أو لأعضاء أسرة العميل. من وجود إذن أو ترخيص من العميل. ومنذ وجود البريد الإلكتروني، اقترحت معايير أخلاقية جديدة لحماية السرية وعدم ذكر أسماء العملاء الذين يرغبون فى خدمات نفسية عن طريق الإنترنت. (المزيد من التفصيل انظر الباب الثانى) .

وسوف تتطلب هذه المعايير من المعالجين أن يخبروا العملاء بوضوح أن

حد أنه لا توجد علاقة رسمية بين العميل والمعالج فى تبادل الرسائل الإلكترونية، وأنهم يجب أن يسعوا إلى علاج تقليدى .

وفى الولايات المتحدة، تسرى القواعد المهنية الخاصة بالسرية بقوانين تبين أن المعلومات التى تُكشف فى العلاج - مثل المعلومات المقدمة إلى قسيس أو محامى أو طبيب - تكون تواصلًا ممتعاً للغاية. وأن المعالج عليه أن يحتفظ بسريتها كما يشاء حتى أمام القضاء، حيث أنه قد يرفض حتى فى المحكمة، الإجابة على أية تساؤلات خاصة بعمله ما أو أن يقدم ملاحظات شخصية أو تسجيلات فى شرائط من جلسات العلاج. وقد يتطلب القانون من المعالج أن ينتهك خصوصية العميل فقط تحت ظروف خاصة، تشمل (١) أن العميل مضطرب بشدة أو إنتحارى لدرجة الحاجة إلى وضعه بمستشفى، (٢) استخدام الحالة النفسية للعميل وتاريخه فى العلاج كجزء من استراتيجية الدفاع فى المحكمة المدنية أو الجنائية، (٣) إذا كشف العميل عن معلومات حول التعسف الجنىسى أو البدنى لدى طفل أو راشد عاجز، (٤) اعتقاد المعالج أن العميل قد يرتكب عملاً عنيفاً ضد شخص معين، ولا بد من تقديم الدليل الواضح والمقنع لذلك .

إضافة إلى ماسبق، فإن للعملاء الحق فى تلقى العلاج وهم بالمستشفى، كما أن لهم الحق فى رفض أشكال معينة من العلاج وأن يكونوا عرضة لقيد ضليل من الحرية بقدر الإمكان. وهذه القواعد المصممة لحماية المرضى العقلين بالمستشفيات من التعسف والإهمال والقهر والابتزاز يمكن أن تخلق كذلك بعض الصعوبات. على سبيل المثال، قد يخاف أعضاء الهيئة المعالجة من أنهم قد يتم محاكمتهم إذا ما أبقوا المرضى محجوزين بلا ضرورة أو إذا أطلقوا صراح مريض يؤذى حينئذ شخصاً ما. ولذلك فإنه من المهم إيجاد طريقة لتوازن الحقوق القانونية للمريض مقابل تلك الخاصة بالجمهور .

- 6- Kurtz, L. (1997). Self- help and support groups: A handbook for practitioners. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 7- Lickey, M., & Gordon, B. (1991). Medicine and mental illness: The use of drugs in psychiatry. San Francisco: W.H. Freeman.
- 8- Minuchin, S., & Fishman, H. (1981). Family therapy techniques. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 9- Morganstern, J., Labouvie, E., McCrady, B., Kahler, C., & Frey, R. (1997). Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: A study of its therapeutic effects and mechanism of action. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 768-777.
- 10- Nichols, M., & Schwartz, R. (1991). Family therapy: Concepts and methods (2nd Eds.). Boston: Allyn & Bacon.
- 11- Nugent, F. (1994). An introduction to the profession of counseling. Columbus, OH: Merrill.
- 12- O'Leary, A. (1997). Alcoholism and Family Therapy. In A. O'Leary & W. Miller (Eds.), Handbook of alcoholism treatment approaches (2nd Ed., PP. 195-220). Boston: Allyn & Bacon.

مراجعة الفصل الأول:

- 1- Bongar, B., & Beutler, L. (Eds.). (1995). Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and Practice. New York: Oxford University Press.
- 2- Clarkin, J., & Carpenter, D. (1995). Family therapy in historical perspective. In B. Bongar & L. Beutler (Eds.), Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice (PP. 205-227). New York: Oxford University Press.
- 3- Ellis, A. (1997). Better, deeper and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach. New York: Brunner/Mazel.
- 4- Fuhrman, A., & Burlingame, G. (1995). The handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis. New York: Wiley-Interscience.
- 5- Glick, P. & Peter, J. (1991). A national demographic portrait of mutual aid group participants in Canada. American Journal of Community Psychology, 19, 651- 666.

الفصل الثاني

أساليب العلاج النفسي

في هذا الفصل سوف نلقى بعض الضوء على أساليب وطرق العلاج النفسي الأساسية متمثلة في أربعة محاور، وهي :

أولاً: العلاجات التحليلية النفسية..

ثانياً: العلاجات الإنسانية .

ثالثاً: العلاجات السلوكية .

رابعاً: العلاجات المعرفية .

وفيما يلي سوف نتناول كل من هذه المحاور الأربعة كل على حده على النحر التالي :

أولاً: العلاجات التحليلية النفسية

Psychoanalytic Therapies

بدأ مجال العلاج النفسي الرسمي Fromal Psychotherapy في أواخر القرن التاسع عشر حينما أسس سيجموند فرويد S.Freud المجال السيكدودينامي للشخصية والاضطرابات العقلية. ويعتبر الشئ المركزي لمجاليه وتصورات الحديثه هو الافتراض بأن الشخصية والسلوك يعكسان مجهودات الأنا Ego لحل الصراعات، وعادة الصراعات اللاشعورية بصفة خاصة بين عناصر مختلفة من الشخصية

وتهدف طريقة فرويد في العلاج بالتحليل النفسي إلى فهم هذه الصراعات اللاشعورية وكيف تؤثر على العميل، وطريقته واحد - إلى واحد His one - to - one method الخاصة بدراسة وعلاج الناس، ويحث المنهجى

- 13- Sullivan, K., & Bradbury, T. (1996). Preventing marital dysfunction: The primary of secondary strategies. The Behavior Therapist, 19, 33-36.
- 14- Yalom, I. (1995). The theory and practice of group therapy (4th Ed.) New York: Basic Books.
- 15- Zweben, J. (1996). Integrating psychotherapy and 12-step approaches. In A. Washton (Ed.), Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook. New York: Guilford.

الفصل الثاني

أساليب العلاج النفسي

فى هذا الفصل سوف نلقى بعض الضوء على أساليب وطرق العلاج النفسى الأساسية متمثلة فى أربعة محاور، وهى :

أولاً: العلاجات التحليلية النفسية..

ثانياً: العلاجات الإنسانية .

ثالثاً: العلاجات السلوكية ..

رابعاً: العلاجات المعرفية .

وفى ما يلى سوف نتناول كل من هذه المحاور الأربعة كل على حده على النحو التالى :

أولاً: العلاجات التحليلية النفسية

Psychoanalytic Therapies

بدأ مجال العلاج النفسى الرسمى Fromal Psychotherapy فى أواخر القرن التاسع عشر حينما أسس سيجموند فرويد S.Freud المجال السيكدودينامى للشخصية والاضطرابات العقلية. ويعتبر الشى المركزى لمجاله وتصوراته الحديثة هو الافتراض بأن الشخصية والسلوك يعكسان مجهودات الأنا Ego لحل الصراعات، وعادة الصراعات اللاشعورية بصفة خاصة بين عناصر مختلفة من الشخصية

وتهدف طريقة فرويد فى العلاج بالتحليل النفسى إلى فهم هذه الصراعات اللاشعورية وكيف تؤثر على العميل، وطريقته واحد - إلى واحد His one - to - one method الخاصة بدراسة وعلاج الناس، وبحته المنهجى

- 13- Sullivan, K., & Bradbury, T. (1996). Preventing marital dysfunction: The primary of secondary strategies. The Behavior Therapist, 19, 33-36.
- 14- Yalom, I. (1995). The theory and practice of group therapy (4th Ed.) New York: Basic Books.
- 15- Zweben, J. (1996). Integrating psychotherapy and 12-step approaches. In A. Washton (Ed.), Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook. New York: Guilford.

للعلاقات بين تاريخ حياة فرد ومشاكله، وتأكيده على الأفكار والانفعالات فى العلاج، وتركيزه على العلاقات بين العميل والمعالج تنعكس تقريباً فى جميع أشكال العلاج النفسى. وفى هذا الصدد، سوف نصف أولاً طريقة فرويد الأصلية، وبعد ذلك نأخذ فى الاعتبار بعض العلاجات المتطورة الأكثر حداثة والتي تتعمق جذورها فى مجاله السيكوندينامى.

١ - العلاج بالتحليل النفسى الكلاسيكى

طبقاً لفرويد، تدور المشكلة المركزية فى العصاب حول ظاهرة الكبت Repression. ويتضمن الكبت إجبار أفكار وذكريات مؤلمة، مهددة، أو غير مقبولة على الخروج من الشعور ونقلها إلى العقل اللاشعورى. وتنع حينئذ قوى الكبت هذه الأفكار والذكريات من الظهور مرة ثانية فى حيز الشعور. وعلى نحو غير متغير تقريباً، تهتم الأفكار المكبوتة بالدفعات والذكريات التى لا يمكن للمريض أن يتأملها بدون الشعور بقلق شديد. وبكلمات أخرى، يخدم الكبت وظيفة تخفيض مستوى القلق الذى يخبره المريض.

وغالباً تشير الذكريات المكبوتة إلى الطفولة، وإلى الصراعات بين الدوافع الغريزية (على سبيل المثال، الجنسية) للطفل والقيود على سلوكه المفروضة بواسطة والديه. وطبقاً لفرويد، يمر الأطفال خلال سلسلة من المراحل الخاصة بالنمو النفسجنسى Psychosexual development. وبداية يشترك الطفل فى "التدريب" الذى يهدف إلى توجيهه نحو المرحلة الشرجية (المرحلة الشرجية). وبعد ذلك توجد المرحلة القضيبية، يحصل الطفل فيها على السرور من خلال إثارة الأعضاء التناسلية. وفى النهاية، توجد المرحلة التناسلية، التى يحصل

الفرد فيها على السرور من خلال تقديم الإشباع الجسمى إلى شخص آخر وكذلك إلى نفسه. ويمكن أن تعنى الصراعات فى أى من هذه المراحل أن الطفل يقضى وقتاً طويلاً على نحو غير عادى فى تل المرحلة قبل التقدم إلى المرحلة التالية (هذه العملية تُعرف بالتثبيت). وبالتالى إذا أخبر راشد مشاكلاً شخصية كبيرة، فإنه يميل إلى أن يظهر نكوصاً (أى، العودة إلى الوراء خلال مراحل النمو النفسجنسى) إلى المرحلة التى قد كان مثبتاً عليها سابقاً.

وجادل فرويد بأن الطريق لشفاء العصاب كانت هى السماح للمريض بالحصول على مدخل لأفكاره وصراعاته المكبوتة من المرحلة المثبت عليها، وتشجيعه على مواجهة ما يبرز من اللاشعور مهماً كان. وقد كان فرويد مصراً على أن المريض يجب أن يركز على المشاعر المرتبطة بالأفكار المكبوتة، ويجب أن لا ينظر إليها ببساطة بشكل عقلى. واستخدم فرويد الاصطلاح استبصار Insight للإشارة إلى هذه العمليات، وهكذا فإن الهدف الأقصى للتحليل النفسى هو تزويد المريض بالاستبصار، وتوجد، مع ذلك، عقبات كبيرة فى الطريق، لأن البزوغ لأفكار وذكريات مؤلمة إلى الشعور يُنتج مستوى مرتفعاً جداً من القلق. ونتيجة لذلك، فإن المحاولة لكشف الأفكار المكبوتة يواجه بصفة عامة مقاومة كثيرة من المريض. وبكلمات فرويد (Freud, 1917: 289):

«يحاول المريض أن يهرب بكل وسيلة ممكنة: أولاً يقول لشيء، يأتى فى رأسه، وبعد ذلك حيث يأتى الكثير إلى رأسه لدرجة أنه لا يستطيع أن يشعر بالخرق له. وهكذا يستمر، بتغيرات لا يفصح عنها، يجاب عليها بالاستمرار بأن الإفصاح عن أى شيء حقيقة يعنى الإفصاح عن كل شيء».

فنيات العلاج بالتحليل النفسى الكلاسيكى

التنويم: Hypnosis

من الناحية التاريخية، أتى التنويم أولاً. فقد عالج فرويد وبروير فتاة تبلغ من العمر ٢١ سنة تسمى أنا أو Anna O، كانت تعاني من أعراض عصبية عديدة مثل السل والسعال العصبى. وكشف التنويم ذاكرة مكبوتة تسمع صوت موسيقى رافضة تأتي من منزل قريب بينما كانت ترمض والدها المتوفى، وشعورها بالذنب من أنها كانت ترقص أكثر من رعاية والدها. واختفى سعالها العصبى بعد أن ظهرت من جديد تلك الذاكرة المكبوتة.

واليوم لازال التنويم يُستخدم بواسطة قوات الشرطة فى محاولة لكشف معلومات إضافية من شهود العيان للحوادث أو الجرائم. ومع ذلك، أصبح فرويد نفسه متحرراً من التنويم. وأحد العيوب هو أنه من الصعب أو من المستحيل تنويم كثير من المرضى. ومشكلة أخرى هى أن الناس تحت تأثير التنويم يصبحون قابلين جداً للإيحاء. على سبيل المثال، سوف يتذكر الأشخاص المنومون بثقة أحداثاً تكمن فى المستقبل. وما يبدو أنه يحدث تحت التنويم هو أن الناس يصبحون أقل حذراً فيما يدعوا أنهم يتذكرونه. ونتيجة لذلك، فإن بعض الذكريات المنسية سابقاً تألى إلى الضوء وكذلك أخرى مصطنعة. وهكذا، فإن اعتماداً قليلاً يمكن أن يوضع على دقة «ماتم تذكره» بواسطة الفرد الذى

١٤٠٣

التداعى الحر: Free association

تعتبر قيمة التداعى الحر مباشرة جداً. وفيها يُطلب من المريض ببساطة أن يقول أول شيء يحضر إلى ذهنه. والأمل هو أن شظايا الذكريات المكبوتة

سوف تبرز أثناء التداعى الحر. ومع ذلك، كما قدر رأينا من قبل، قد يبرهن التداعى الحر على أنه مشمر إذا أظهر المريض مقاومة، ويمنع فى أن يقول مايفكر فيه. ومن ناحية أخرى، فإن وجود المقاومة (على سبيل المثال، توقف طويل بشكل متزايد) غالباً مايقدم إشارة قوية إلى أن المريض يقترب من فكرة ماهامة مكبوتة فى تفكيره، وأن هناك حاجة إلى سبر أغوار النفس لاحق بواسطة المعالج.

تحليل الأحلام: Dream analysis

الفنية الثالثة المستخدمة المحللين النفسيين هى تلك الخاصة بتحليل الأحلام. وطبقاً لفرويد، فإن تحليل الأحلام يقدم «الطريق السلطاني إلى اللاشعور». وجادل فرويد أنه يوجد رقيب داخل العقل يحافظ على المادة المكبوتة خارج الوعى الشعورى، ولكن هذا الرقيب غالباً ما يكون أقل حذراً خلال النوم. ونتيجة لذلك، فإن الأفكار المكبوتة فى اللاشعور تكون أكثر احتمالاً لأن تظهر فى الأحلام من تفكير اليقظة. ورغم ذلك، فإن هذه الأفكار تبرز فى صورة متكررة بسبب طبيعتها غير المقبولة. على سبيل المثال، تحول الأفكار عن طريق عملية التكثيف - أى مزج أفكار مختلفة فى عدد صغير - أو عن طريق عملية الإزاحة (نقل الانفعال أو معنى معين من الموضوع الأسمى إلى موضوع آخر). وتتضمن الأمثلة المعروفة على أفضل وجه للإزاحة الرمزية الجنسية، مثل أن يحلم شخص ماعن ركوب حصان أكثر من الانغماس فى

بساط يسمى.

وقد رأينا أن فرويد ميز بين الحلم الواقعى (الذى أسماه الحلم الظاهر) والأفكار المكبوتة الأساسية (التي أسماها الحلم الكامن). ويتحول المحتوى غير المقبول للحلم الكامن إلى المحتوى الأكثر قبولاً والخاص بالحلم الظاهر.

ولكن لماذا يحلم الناس؟ فطبقاً لفرويد، فإن الغرض الأساسى للأحلام هو تحقيق الرغبة - أى، نحن نحلم عن أشياء نريد أن نراها تحدث. وهكذا، فإن تحليل الحلم يمكن أن يبرهن على أنه نافع فى إدراك الدوافع الأساسية للمريض العصائى .

وتعتبر الرمزية فى الحلم ذات أهمية كبرى. فمن المحتمل أن الاهتمامات الرئيسية للحالم يتم التعبير عنها فى الغالب بشكل رمزى أكثر منه بشكل مباشر. ولقد وجد، على سبيل المثال، أن المرضى الذين يتوقع أن تكون لديهم جراحة عظمى يحلمون بشكل غمضى بالوقوف على كوبرى غير ثابت أو بالسقوط من سلم طويل أكثر من إجراء جراحة (Breger et al., 1871). وتستخدم فكرة رموز الأحلام كوسيلة لإخفاء أفكار غير مرغوبة قد كانت موضع تحدى. واقترح هول (Hall, 1953) أن التفكير يكون أبسط وأكثر واقعية حينما نكون نائمين عنه حينما نكون يقظين. ومن هذا المنظور، تكون رموز الأحلام ببساطة طريقة إختزال ملائمة للتعبير عن أفكار أساسية .

التأويل: Interpretation

تعتمد كل طرق التحليل النفسى بشدة على تأويلات المعالج الخاصة بما يقوله المريض - على سبيل المثال، كيف يعرف المعالج أن فتاة تحلم بخصوص كرم الخيل هو فى الواقع تفكير خاص بالقيام بالفعال الحسى أكثر منه خاص بركوب الحصان ببساطة؟ وجادل فرويد أن اختبار الحامض Acid test كان رد فعل المريض لتفسيرات المعالج المقترحة. وإذا قبل المريض دقة التفسير، فسيكون حينئذ صحيحاً بشكل محتمل. ومع ذلك، فإن الأمور فى الغالب تكون أكثر تعقيداً من ذلك. فإذا رفض مريض بشدة تفسير المعالج للحلم، فإن

ذلك قد يكون ببساطة مقاومة بواسطة العقل الشعورى للمريض لتفسير كرده ولكنه دقيق تماماً .

وتوجد بوضوح صعوبة هنا، لأن المعالج يستطيع أن يستخدم إما قبول المريض أو إنكاره للمعقولية أو المنطقية الخاصة بتفسير حلم كدليل مدعم بأن التفسير صحيح واقترح فرويد طريقة للإلتفاف حول هذه المشكلة. إننا نستطيع أن ننظر إلى التحليل النفسى بإعتباره ماثلاً لحل الألغاز المتقاطعة (الكلمات المتقاطعة). قد يكن حقاً، من الصعب أن نقرر ما إذا كان تفسير خاص صحيحاً. ومع ذلك، فإن تفسيرات عشرات التداعى الحر للمريض وأحلامه لابد أن تكون صورة متماسكة إذا قام المعالج بعمله بشكل لائق، تماماً مثلما يمكن أن تترتب قطع الألغاز المتقاطعة بطريقة واحدة .

الطوبى: Transference

ركزنا إلى هذا الحد على الطرق التى يحاول بها المحللون النفسيون أن يحضروا الأفكار والذكريات المكبوتة إلى السطح. ومع ذلك، أكد فرويد - أيضاً - فكرة أن المريض لابد أن يحصل على مدخل ليس فقط إلى المعلومات المكبوتة ولكن أيضاً إلى المشاعر التى صاحبته. والعامل الرئيسى فى تأكيد إنغماس كاف على جانب المريض يقدم عن طريق الطرح، الذى يتضمن طرح المريض ردود أفعال انفعالية قوية كانت موجهة سابقاً إلى والديه (أو أفراد آسرة) (Freud, 1911). يقدم الطرح « نوعاً ما من الانفعال يُحىي من جديد مشاكل طفولة المريض التى لم تحل ».

والناحية الحاسمة فى الطرح هى أن المعالج يستجيب بطريقة محايدة نسبياً لتدفقات المريض الانفعالية. وحقيقة أن المعالج لم يتأثر بأية طريقة يسمح للمريض بحرية التعبير عن غضب طال كبته أو عدانيه لوالديه بشكل لا يمتنع. علاوة على ذلك، تساعد حيادية المعالج على جعل المريض مدركاً، أن إنفجاراته الانفعالية تنبع من ذكريات مكبوتة وليس من الموقف العلاجي .

٢- الانحرافات المعاصرة فى التحليل النفسى

بالرغم من أن التحليل النفسى الكلاسيكى لازال يُمارس، فإنه لم يعد سائداً كما كان منذ عقود عديدة (Horgan, 1996). ويرجع هذا الانحطاط إلى عوامل مثل عدم الإفتتان بنظرية الشخصية القائمة على الغريزة، والتكاليف العالية المرتفعة للتحليل النفسى، وصلاحيته المحدودة مع الأطفال، وإتاحة أشكال بديلة كثيرة من العلاج كإنحرافات معاصرة فى التحليل النفسى. وإبتكرت كثير من التوجهات بواسطة المنظرين الفرويديين الجدد مثل ألفرد آدلر (A. Adler, ١٨٧٠ - ١٩٣٧) وإيريك فروم (E. Fromm, ١٩٠٠ - ١٩٨٠). وكما هو معروف، فإن هؤلاء المنظرين مالوا إلى تأكيد أقل مما فعل فرويد على ماضى المريض وعلى الدوافع المؤسسة بشكل بيولوجى والتابعة من الهرم واللاشعور. ومالوا كذلك إلى التركيز على المشاكل الحالية للعميل وكيف "نفسه" (The Ego) يمكن أن تُستخدَم لمواجهة المشاكل. أما الانحرافات للعلاج القائمة على هذه النظريات الفرويدية الجديدة لتحليل الأنا Ego analysis (Hartman, 1958, Klein, 1960)، والعلاج البيئشخصى Interpersonal therapy (Sullivan, 1954)، والتحليل الفردى

Individual Therapy (Adler, 1927/ 1963). وقد كانت بعض تلك الانحرافات فى العلاج مصممة للاستخدام مع الأطفال (A. Freud, 1946; Klein, 1960). ويوجد مجال سيكودينامى معاصر مألوف بصفة خاصة يُعرف كعلاج العلاقات بالموضوع Object relations therapy (Hamilton 1994). ويعتقد محللو العلاقات بالموضوع أن الشخصية وكذلك الصراع بين عناصرها تُشتق من الحاجة لعلاقات بشرية مدعمة. فعلاقة الأم/ الطفل وغاذج التعلق Attachment التى تنشأ منها تشكل النموذج الأولى لهذه العلاقات (Kohut, 1971). (والمصطلح موضوع، يشير إلى الأشياء التى يمكن أن تكون لها أهمية انفعالية للشخص). وتأخذ الحاجة القوية للاتصال البشرى مرحلة مركزية فى علاج العلاقات بالموضوع، حيث أن معظم الصعوبات التى تأتى بالعملاء إلى العلاج تتضمن علاقاتهم بالآخرين. ويلعب المعالجون النفسيون الذين يتبنون منظور العلاقات بالموضوع دوراً أكثر نشاطاً بكثير فى جلسات العلاج عن المحللين الكلاسيكيين. ويعمل معالجو العلاقات بالموضوع على تنمية علاقة تنشئة مع العميل، ويقدمون فرصة ثانية Second Chance للعميل لتلقى المساندة التى قد تكون غائبة فى الطفولة المبكرة ولتحديد بعض عواقب نماذج التعلق المبكرة سيئة التكيف (Lieberman & Pawl, 1988). على سبيل المثال، قد يبذل المعالج جهداً عظيماً لتوضيح أنه لن يهجر العميل. وتبقى الانحرافات الأخرى عن التحليل النفسى الكلاسيكى إلى حد كبير كشيء من أفكار فرويد. ولكن هناك اتجاهات أخرى، مثل الاتجاهات كشافنة، وأقل تكلفة، وأكثر ملائمة لمدى أوسع من العملاء (Hoyt, 1995). على سبيل المثال، يستخدم كل من العلاج النفسى الموجه بالتحليل النفسى Psychoanalytically Oriented Psychotherapy والعلاج النفسى

الدينامي المحدود الوقت Time - Limited Dinamic Psychotherapy طرقاً أساسية خاصة بالتحليل النفسي ولكنهما يستخدمانها بشكل أكثر مرونة (Levenson & Strupp, 1997).

وفي هذه الأشكال من العلاج، قد يكون المعالج أكثر نشاطاً من المحلل النفسي الكلاسيكي في توجيه انتباه العملاء لدليل خاص بصراعات معينة. وقد يتدرج الهدف من العلاج من إعطاء مساندة نفسية إلى تحقيق تغييرات أساسية في الشخصية، وقد يكتمل العلاج في جلسات قليلة قد تصل إلى أقل من ثلاثين جلسة. ويشجع المعالج الذي يستخدم هذه الطرق السيكوندينامية الأكثر إختصاراً العملاء على أهداف معينة ملموسة. على سبيل المثال، قد يطلب المعالج من أحد العملاء أن يصف كيف يمكن أن يشعر ويسلك إذا ماتم حل مشكلة معينة بشكل مفاجئ (Harvard Mentall Health Letter, 1994).

وتبدو حقيقة معينة لتحليل الطرح في كل أشكال الانحراف عن خط التحليل النفسي الكلاسيكي. في العلاج السيكوندينامي القصير والذي يسمى بالعلاج التدعيمي التعبيري Supportiv- expressive therapy، على سبيل المثال، يبحث المعالج عن «صراع جوهري» Coreconflict - موضوع علاقة الصراع الجوهرية - الذي يظهر بشكل متكرر عبر مجموعة من العلاقات، بما فيها العلاقة العلاجية (Luborsky, 1997). وبين البحث أن موضوعات الصراع الجوهري التي تبرز في جلسات العلاج هي في الغالب مماثلة لما أتت به التحقيقات كذلك في أحلام العميل (Popp et al 1996). ويمكن توضيح الطريقة التي قد يعبر بها عميل عن صراع جوهري في المقتطف التالي من علاج طالبة بإحدى الكليات تبلغ من العمر إثنين وعشرين عاماً، كان قد وقع عليها تعسف بدني من والدها في الطفولة.

العميل: أشعر بالجنون في نفسي لعدم قدرتي على مواجهة شريكي في الحجرة.

المعالج: ماذا حدث؟

العميل: كنت أتحدث إلى صديق فقاطعني رفاً في الحجرة. أراد أن يستخدم سيارتي. فقلت «أعذرني» فلدى محادثة. وبدلاً من التراجع استمر في مقاطعتي بطريقة وقحة. فلم أستطع مجرد مواجهته بجراًة. وحينما انصرف، سألت صديقي عن السبب في أنني لم أهاجمه بعنف. ولكنني استسلمت، وبعد ذلك بدأت في الحصول على كل هذه التخيلات.

المعالج: هل توجد أوهام؟

العميل: نعم، أشياء هكذا، لقد تخيلت أشياء مثل الضغط عليه بقمي، قاتلة له فلتقع صريعاً. وبعد ذلك شعرت بالغباء. كما لو كنت أباغ ولا أخرج بشيء. لقد شعرت حقيقة بالغباء. وبدأت أنهار في نفسي مرة ثانية.

وقد يرى المعالج التدعيمي/ التعبيري في هذا العميل صراعاً جوهرياً بين الرغبة في المقاومة من أجل نفسه والميل إلى نقد نفسه لوجود هذه الرغبة لديه. وسوف يراقب المعالج هذا الصراع الجوهري ليظهر في العلاقة العلاجية - ربما في شكل تدعيم تجريبي بمزاج يتسم بالخوف من أن يكون ارتكب شيء خطأ - وبعد ذلك يساعد العميل على رؤية الصلات بين خوفه من تدعيم نفسه، سيلايه، خاصة بمسويه الأمر، وجبرانه، خاصة بدفعه من حسد في الطفولة. وهذا التعبير هو جزء من تحليل الطرح (Luborsky, 1997). وفي نفس الوقت، سوف يدعم المعالج محاولات العميل لأن يكون أكثر دعماً بأشكال من السلطة بدون أن يكون له تخيلات عنيفة.

ولا تركز الانحرافات عن التحليل النفسى الكلاسيكى فقط على مشاعر العميل تجاه المعالج، ولكن كذلك على مشاعر المعالج تجاه العميل - الطرح المضاد Counter transference - على سبيل المثال، إذا أدى الطرح بالعميل إلى أن يعامل المعالج كأب، فإن المعالج يمكن بسبب الطرح المضاد أن يبدأ بدون قصد فى معاملة العميل كإبنة. ويجب أن يكون المعالجون يقظين للطرح المضاد وتأثيراته على موضوعيته الإكلينيكية. وعلى نحو مثالى، فإن النمو والتحليل لهذه العلاقة الودودة ذات الاتجاهين يصبح كحجر الزاوية للعميل لتنمية علاقات صحية وأكثر رضاً مع الآخرين.

وبتركيز المعالجون على العلاقات البينشخصية أكثر من الغرائز، وتأكيدهم على القوة الدافعة للعملاء من أجل حل المشاكل الموجهة نحو الذات، وإعادة الثقة والمساندة الانفعالية التى يقدموها، فإن الانحرافات المعاصرة عن خط التحليل النفسى الكلاسيكى قد ساعدت المجال السيكوندينامى على أن يحافظ على تأثيره بين المهنيين فى مجال الصحة النفسية (Messer & Wolitzky, 1997).

التقويم :

إن أحد أشكال الضعف الشديد الخاص بمجال التحليل النفسى فى العلاج هى أنه لا يقوم على أساس متين من البحث العلمى. وقد كانت توجد بعض الدراسات التى نظرت فى التحليل النفسى على أنها مجرد محاولات تحت شروط معملية، ولكن معظم هذه المحاولات تبدو غير متعلقة إلى حد كبير. إن تأكيد فرويد على تعقيدات الأداء المعرفى يعنى أنه عديم الجدوى تقريباً لدراسة أجناس أخرى لإختبار آرائه النظرية. وهكذا فبقدر اهتمام البحث

البشرى، فإنه سيكون غير أخلاقى تماماً محاولة إنتاج أو توليد أعراض عصابية فى المعمل، فالمخاوف التافهة التى درست فى الواقع من المحتمل أنها تحمل علاقة صغيرة جداً للصدمات التى يعانى منها المرضى الإكلينيكيين .

وفى الحقيقة كانت الآراء النظرية لفرويد وأتباعه تقوم إلى حد كبير جداً على المعلومات التى يتم الحصول عليها من التفاعلات مع مرضاهم فى الموقف العلاجى. ورغم ذلك، حتى الاتفاق الجيد بين المعلومات المقدمة بواسطة المرضى والنظريات المقترحة بواسطة المحللين النفسيين لا تقدم مساندة قوية لمجال التحليل النفسى. والسبب فى ذلك هو أنه توجد مخاطر مميتة من «تلوث» Contamination فى البيانات التى يتم الحصول عليها من المرض بطريقتين مختلفتين على الأقل .

- ١ - مايقوله المريض قد يكون متأثراً بما قاله المعالج فى مناسبات سابقة، وبذلك يكون متلوثاً بآراء المعالج النظرية.
- ٢ - قد يستخدم المعالج تصورات النظرية السابقة ليفسر مايقوله المريض بطرق تشوه ماقد كان يقال وتلوته .

ومشكلة عامة أخرى مع التحليل النفسى ومعظم صور العلاج النفسى هى فكرة أن التفاعل بين المريض والمعالج وزيادة «الاستبصار». بمشاكل المريض يمكن أن تنتج تغيرات أساسية فى سلوك المريض، وفى الحقيقة، يوجد قدر كبير من الأدلة توحى بأنه يكون من الصعب جداً تغيير طرق السلوك المؤسسية - على سبيل المثال، المصاهن، المصانع، المدارس، القلب المزمن غالباً ما يتغاضا عن ترصيات خاصة بالتدخين، ونظام الغذاء، وتناول الكحول، وهكذا، حتى مع أن هذا قد يقصر حياتهم إلى حد كبير جداً (أنظر: Roskis et al., 1989)، وهكذا، فإن الفشل فى التحليل النفسى على التركيز مباشرة على تغيير

السلوك يُحتمل أن يضعف قدرته على إحداث تغييرات مرغوبة طويلة المدى في السلوك .

وقد كانت توجد كمية كبيرة من الجدل بخصوص الفاعلية (أو غير ذلك) الخاصة بالعلاج النفسي. وطبقاً لأيزنك (Eysenck, 1952)، فإن العلاج النفسي غير فعال تماماً، لأن معدل الشفاء بالتحليل النفسي ليس أعلى (أو حتى أدنى) من معدل الإلغاء التلقائي Spontaneous remission لدى المرضى الذين لم يعالجوا أساساً. ويتضمن هذا أن العلاج النفسي سيء في الواقع بالنسبة إليك في الحقيقة، يشير الفحص التالي للعلاج بالتحليل النفسي إلى أنه فعال بقدر معتدل على الأقل (Bergin, 1971).

ولقد قدم مزيد من المعلومات الدقيقة بواسطة لابسورسكى وسبينس (Luborsky & Spence, 1978) في مراجعة لدراسات أجريت لفحص فاعلية العلاج بالتحليل النفسي. وجادلاً بأن التحليل النفسي يعتمد على صفة عامة على نحو أفضل مع مرضى أكثر تعليماً. وذلك كما يُزعم لأن مثل هؤلاء المرضى قادرون على نحو أفضل في تقديم تفسيرات مفصلة ومتسلسلة عن عمليات التفكير الخاصة بهم. كما إتضح أن التحليل النفسي يبدو أنه أكثر نجاحاً بكثير بالنسبة لعلاج أعصاب متنوعة (مثل اضطرابات القلق) منه بالنسبة لعلاج الذهان (مثل الفصام). وليس هذا مدهشاً تماماً، لأن معظم إسهامات فرويد النظرية كانت تهتم بالقلق أكثر من الاضطرابات الذهانية.

ثانياً: العلاجات الإنسانية

Humanistic Therapies

مثل العلاجات التحليلية النفسية، تقوم العلاجات الإنسانية على الاعتقاد بأن المشاكل النفسية يمكن علاجها بإعطاء الناس إستبصاراً في الاحتياجات والدوافع التي قد لا يكونوا على وعى بها، ولكن المعالجون الإنسانيون يرفضون مفهوم الحتمية النفسية في التحليل النفسي. فينظر فرويد إلى الناس المضطربين باعتبارهم ضحايا لصراعات الطفولة التي لا يستطيعون أن يمارسوا إلا تحكماً قليلاً عليها. وعلى النقيض، فالمبدأ الرئيسي للإنسانيين هو حرية الاختيار، ويؤيد المعالجون الإنسانيون أن الشخص حر إلى أقصى مدى في عمل الاختيارات التي تؤثر في من هو يصبح. كما أن هدفهم هو تحرير ميول العميل الفطرية تجاه النمو وتحقيق الذات. وبالرغم من أنه توجد أنواع مختلفة كثيرة من العلاجات الإنسانية، فلن نناقش سوى اثنين، هما: علاج كارل روجرز المتمركز حول العميل والعلاج الجشطلتي .

١ - العلاج المتمركز حول العميل

Client - Centred Therapy

نظرية روجرز الظواهرية: Rogers' Phenomenological Theory

درس كارل روجرز (١٩٠٦ - ١٩٨٧) كثيراً من حياته العملية للبحث من أجل طرق محسنة لعلاج المرضى الإكلينيكين. وقد أدى به هذا البحث إلى تطوير ما يسمى «بالعلاج المتمركز حول العميل» (Rogers, 1951). ورغم ذلك أصبح مهتماً بشكل متزايد - أيضاً - بالشخصية. وتبين أن بعض

أفكاره عن مشاكل مرضاه وعن صور ملائمة من العلاج احتوت ضمنها بذور نظرية للشخصية. وطبقاً لنظرية روجرز فى الشخصية تكون —خبرة الفرد المباشرة ذات دلالة قاطعة. وبكلمات أخرى نستطيع فهم الناس الآخرين على أفضل وجه بالتركيز على وعيهم الشعورى الخاص بأنفسهم وبالعالم حولهم .

مفهوم الذات: Self - Concept

طبقاً لروجرز (١٩٥١-١٩٥٩)، يكون مفهوم الذات ذا أهمية أساسية. ويكون مفهوم الذات للفرد شعورياً بشكل أساسى، ويتكون من أفكاره ومشاعره عن نفسه كفرد وفى علاقته بالآخرين - وطبقاً لروجرز، لن يكون ممكناً الانغماس فى دراسة منهجية لأى جزء من الذات الذى وجد تحت سطح الوعى الشعورى. ويوجد تمييز هام بين مفهوم الذات Self Concept والذات المثالية Ideal Self: فمفهوم الذات هو الذات التى كما تخبر فى الوقت الحالى، فى حين أن الذات المثالية هى مفهوم الذات التى سيرغب فرد ما إلى أقصى حد أن يمتلكها، وليس من المدهش أن الناس السعداء تكون الفجوة بين الذات المثالية ومفهوم الذات أصغر لديهم، وهذا على العكس لدى هؤلاء الأفراد غير السعداء .

واحدى الطرق التى بها يكون من الممكن تقييم مفهوم الذات والذات المثالية كما يلى :

١ - أن يُقدم للفرد كمية من البطاقات، تحتوى كل منها على تقرير خاص بوثاقة الصلة الشخصية (على سبيل المثال، «أنا شخص ودود»، «أنا شخص متوتر معظم الوقت»).

٢ - تكون مهمة الفرد الأولى هى تقرير ماهى العبارة التى تصف ذاته أفضل ما تكون، وماهى العبارات الأفضل التالية فى قوتها الوصفية. وهكذا،

تنحدر العبارات إلى تلك العبارات التى تكون أقل وصفاً. (وفى بعض الأحيان يكون الفرد مقيداً بوضع عدد معين فقط من البطاقات فى كل فئة من أجل إجباره على الاستفادة من كل الفئات المتاحة) .

٣ - وتُتبع نفس الإجراء بدقة بالنسبة للذات المثالية.

٤ - وفى النهاية، يحسب المجرى كمية التناقض بين التصنيفين .

وتوجد طرق أخرى يمكن أن تُقيم بها مفهوم بها مفهوم الذات، على سبيل المثال، يكون من الممكن استخدام دلالة الألفاظ التفاضلية. والمفاهيم مثل «ذاتى» أو «ذاتى المثالية» تُقدر على مقاييس عديدة من سبع نقاط، يُحدد كل طرف منها بزواج من الصفات (على سبيل المثال، جيد/ سىء، ماهر/ غيبى، نشيط/ سلبى) - والإمكانية الأخرى هى استخدام قائمة مراجعة. ويطلب من كل شخص ببساطة أن يشير إلى تلك الصفات التى يشعر أنها قابلة للتطبيق .

وتوجد بعض العيوب الواضحة المرتبطة بكل من هذه الطرق الخاصة بتقييم الذات والذات المثالية، تتمثل فى الآتى:

أولاً: لا يمكن أن تلقى الطرق المتنوعة أى ضوء على تلك النواحي الخاصة بالذات التى لا يوجد وعى شعورى عنها .

ثانياً: الاختبارات معرضة لتشويه متعمد (على سبيل المثال، من الأكثر دوداً، وهكذا قد يميل كثير من الناس غير الودودين إلى أن يدعوا أن العبارة «أنا شخص ودود» وصفية بشكل مرتفع لأنفسهم .

ثالثاً: من الممكن أن الناس يمتلكون عدداً من مفاهيم ذات مختلفة، فى حين الاختبارات مصممة لتقييم مفهوم ذات منفرد .

وطبقاً لروجرز (١٩٥١: ١٩٥٩)، تُكرس إلى حد كبير الدافعية الإنسانية إلى مهمة تحقيق الاحتياجات والدوافع الكامنة. ولتحقيق الذات نواح كثيرة. ومع ذلك فإن الحاجة إلى نظرة إيجابية (الحاجة إلى أن تُحب وتُحترم من الآخرين) والحاجة إلى نظرة إيجابية للذات (الحاجة إلى أن تحب وتحترم نفسك) هما ذات أهمية خاصة. ويمكن تقييم المدى الذى يكون فيه الفرد محققاً لذاته بعدة طرق. على سبيل المثال، يوجد إستبيان من ١٥ بنداً يُسمى مؤشر تحقيق الذات، يقيس تقدير الذات، وقبول الذات، وقبول حياة الفرد الانفعالية، والثقة فى العلاقات الشخصية والقدرة على العمل بشكل مستقل. ويبدو أن لمؤشر تحقيق الذات بعض الصدق، لأنه يوجد تماثل معقول بين هذه الدرجات الخاصة بتقدير الذات والرتب المقدمة بواسطة أفراد آخرين .

النمو الشخصى ومفهوم الذات :

زعم روجرز أن الأطفال الصغار صالحين بشكل طبيعى فى إنتقاء تلك الأعمال والخبرات التى تكون نافعة لهم بينما فى نفس الوقت يتجنبون الخبرات المؤذية. ورغم ذلك، فبنمو الأطفال، يتأثرون بشكل متزايد بقيم واتجاهات الناس الآخرين. ونتيجة لذلك، فإن الأطفال يدمجون قيم الناس الآخرين فى طرق التفكير الخاصة بهم وتعرف هذه العملية بالإدماج Introjection . ومثل هذه القيم المدمجة تسمى بشروط الأهمية Conditions of worth ، لأنها تحدد الشروط الضرورية لنا لنأخذ النظرة الإيجابية للذات. كما على سبيل المثال، قد يشعر الطفل بأنه صالح بإبقاء حجرته منظمة لأن النظام تقدره أمه .

وبمرور الوقت، نتعرض جميعاً لتغيير خبرات الذات، وسوف يؤدي هذا إلى تغييرات مطابقة فى مفهوم الذات. ومع ذلك، يمكن أن تنشأ مشاكل حينما يوجد تنافر بين خبرات الفرد الحقيقية وإدراكاته للذات - على سبيل المثال، الطفل الذى يعتقد فى نفسه أنه غير عدوانى يجد نفسه يتصرف بشكل عدوانى. ورد الفعل لمثل هذا التنافر هو التشويه Distortion (على سبيل المثال، يقرر الطفل أنه كان لا يتصرف سوى بشكل توكيدى وليس بشكل عدوانى). ورد الفعل الأكثر تطرفاً هو إنكار Denial وجود الخبرة. وتؤدي هاتان العمليتان (التشويه - الإنكار) إلى التنافر، الذى فيه لم يدمج بعض من خبرات الفرد فى مفهوم الذات. وبالتالي، يجعل التنافر الفرد أكثر إستهدافاً للتهديد، وأكثر قلقاً، وسىء التكيف من الناحية النفسية .

ولكن كيف يتم تجنب التنافر خلال سير النمو؟ طبقاً لروجرز (١٩٥١، ١٩٥٩)، تنشأ كثير من المشاكل لأن شروط الأهمية تُقدم بشكل متكرر بواسطة الوالدين وآخرين الذين يقدمون نظرة إيجابية شرطية فقط. والطريقة لأن تصبح مؤدياً بشكل كامل وتُقلل التنافر إلى أدنى حد هى أن تقدم نظرة إيجابية غير شرطية من أفراد آخرين هامين فى عمر مبكر .

والعامل الهام المتعلق الذى يساعد على تحديد نمو مفهوم الذات هو الانفتاح للخبرة. فكثير من الخبرات مُهددة لأنها لاتتسق مع مفهومنا للذات (على سبيل المثال، «أنا شخص ودود، ولكنى كنت وقحاً فقط مع جارى»)، لذلك (على سبيل المثال، «أنا شخص ودود، ولكنى أجد من الصعب أن أكون ودوداً مع بعض الناس»). وعلى النقيض، كما سنرى فيما بعد، يمكن أن يلعب الانفتاح مع الخبرة دوراً فى نمو المرض العقلى .

العلاج المتمركز حول العميل: Client - Centred Therapy

تتمثل الافتراضات المركزية التى وراء العلاج المتمركز حول العميل فى أن عدم التطابق Incongruence يلعب الدور الرئيسى فى نمو المرض العقلى، وأن المعالجين لابد أن يحاولوا تخفيض مستويات عدم التطابق لدى العملاء .

وتم الحصول على دليل ما بأنه توجد صلة بين عدم التطابق والمرض العقلى بواسطة كارترايث (Cartwright, 1956). ففى تجربة خاصة بالذاكرة، وجد أن الأشخاص أظهروا تذكر أضعف لكلمات لم تكن وصفية لأنفسهم من تلك الكلمات التى كانت وصفية لذواتهم، وهذه الظاهرة يمكن أن يُنظر إليها كإشارة للتنافر. وهذا الميل لوجود تذكر ضعيف لكلمات غير وصفية للذات كان أكثر تأكيداً لدى الأشخاص المتكيفون على نحو سىء، والذين تقدموا للعلاج أو الذين تلقوا علاجاً غير ناجح، عما كان لدى الأشخاص جيدي التكيف .

وقد جادل معظم الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين بأنه من المهم تشخيص الأمراض النفسية التى يعانى منها مرضاهم، وقد اقترحت أنظمة تصنيفية عديدة. كما جادل روجرز (١٩٥١، ١٩٥٩) بأنه كانت توجد جدوى قليلة فى مثل هذا التشخيص. ومع ذلك شعر أنه كان من المفيد تمييز الطرق المختلفة التى يستخدمها الناس فى التعامل مع أنفسهم حسب محوز خبراتهم غير متسقة مع مفهومهم للذات. وأحد الأمثلة هى التبرير Rationalisation الذى يشوه به الفرد تفسير سلوكه الخاص لجعله متسقاً مع مفهومه للذات (على سبيل المثال، يدا سلوكى سيئاً، ولكنه لم يكن خطئى).

ومثال آخر هو الخيال الجامح: قد يتخيل فرد عن نفسه (على سبيل المثال، إنه نابليون)، وبعد ذلك ينكر أو يرفض قبول هذه الخبرات التى تدحض التخيل (على سبيل المثال، لأستطيع أن أتحدث الفرنسية). وطبقاً لروجرز، فإن أفضل طريقة لتخفيض التنافر لدى العميل هى تقديم بيئة مدعمة يشعر فيها بالقدرة على الانفتاح للخبرة. ويتبع هذا أن المعالجين الذين يكونوا :

١ - غير شرطيين فى نظرتهم الإيجابية .

٢ - أصلاء .

٣ - متحمسين عاطفياً (أى، فاهمين لمشاعر الشخص الآخر).

يجب أن يكونوا أكثر فعالية فى علاج المرضى من المعالجين الذين تنقصهم بعض أو كل تلك الخصائص. وجزء من السبب فى هذا هو أن المعالجين الذين يمتلكون هذه السمات يستمعون حقيقة لما يخبرهم به عملائهم أكثر من كونهم متأثرين بشكل غير ملائم بتصوراتهم الخاصة السابقة. ويوجد دليل ما يدعم الرأى بأن هذه الخصائص قيمة لدى المعالجين. فقد إستعرض تروكسى وميتشيل (Truxal & Mitchell, 1971) دراسات عديدة تتضمن طرقاً متنوعة من العلاج النفسى، واستنتجوا أن معظم المعالجين الناجحين مالوا إلى أن يمتلكوا هذه الخصائص الثلاث. ورغم ذلك، فإن كثيراً من الأدلة الحديثة تشير إلى أن هذه الخصائص ليست بالأساسية. فمثلاً، بيوتلر وآخرون (Beutler et al., 1986) عارضوا أهمية مما زعمه روجرز (أنظر مثلاً: Beutler et al., 1986) .

وبالرغم من أن روجرز (١٩٥٥) أكد أهمية الصفات الشخصية للمعالج فى تحديد نجاح العلاج، فإن الموقف فى الحقيقة أكثر تعقيداً نوعاً ما، فالمعالج والمريض فى تفاعل دينامى مع كل منهما الآخر، وقد يكون أسهل جداً للمعالج

أشبه ماكينته يمكن أن تولد إجابات صحيحة بدون فهم على الإطلاق. إنى أحفظ، ولكن لا توجد أية إبداعات أو فهم...

المعالج: حتى مع أنك حصلت على A فإنك غير راض .

العميل: تماماً غير راض أبداً. من الممكن أن أكون قد حصلت على ٤٢ فوق، ولا أشعر أنتى فى حالة طيبة أبداً. إنى أكره نفسى .

وهنا عكس المعالج صورة عدم رضا شاب بالأداء، ويحمل فهماً لمشاعر العميل ويشجعه على التوسع فيها. لاحظ بصفة خاصة كيف يقبل المعالج تعاسة العميل بالرغم من درجة A التى حصل عليها. إنه لا يحاول أن يثنى العميل على وجهة نظره ولا يعبر عن استهجان. ويعتبر هذا الإنجاء الخالى من الحكم حيويًا إذا كان العميل أن يتحرر فى أى وقت من الشروط غير المعقولة لقيمة الذات .

ولكن عكس صورة مشاعر عميل والتى تُسمى تقمصاً أولياً Primary empathy ، هو مجرد خطوة أولى فى علاج روجرز المتمركز حول العميل. ولكن الهدف الأقصى هو جذب العميل إلى رأى أكثر إنتاجية للذات. ولعمل هذا، يبدأ المعالج فى اقتراح ما قد يكون مسبباً لمشاكل العميل، نى حين لا يزال يظهر فهماً لوجهة نظر العميل. ويُسمى هذا تقمصاً متقدماً Advanced empathy .

وبالنسبة للشباب ذى مشاعر الدونية، سوف يتضمن التقمص العاطفى -الذي قد يساعد علم-، دة كيف قد ضا الآخرون عليه، طاً غير منطقية للحصول على قيمة الذات، التى بدورها جعلته يشعر بعدم الكفاءة. ويبدأ المعالج فى عمل هذا تماماً بعد أن يقرر الشاب إنه يكره نفسه لنقص فى إمكانياته .

أن يكون غير شرطى فى النظرة الإيجابية، ومتقمصاً عاطفياً، وأصيلاً مع بعض المرضى عما هو مع المرضى الآخرين. والدليل بأن سلوك وإتجاهات المريض هامة تم تقريره بواسطة فيسك وزملائه (Fiske et al., 1964). كما أن المرضى الذين قد ناقشوا فى المقابلة الأولى مشاعرهم ومشاكلهم بخصوص العلاقات الشخصية الهامة إتضح أنهم ينجحون بشكل أفضل جديراً بالاعتبار من أولئك المرضى الذين ناقشوا مشاكلهم كما لو كانت مشاكل شخص آخر. ويكلمات أخرى، فإن إنجاء المريض قد يكون أكثر أهمية فى تحديد نجاح العلاج هو مما اعترف به روجرز .

وبصفة عامة، يؤسس المعالج فى العلاج المتمركز حول العميل بيئة دافئة ومقبولة، فلا يستهجن أبداً ما يفعله العميل أو يفكر فيه. وفى الحقيقة، يدعم المعالج العميل بشكل متكرر، مقدماً الخصائص الثلاثة السابقة التى أقرها روجرز .

والمقتطف التالى من جلسة علاجية يوضح هذا التكنيك. والعميل هنا هو طالب فى إحدى الكليات مصاب بمشاعر الدونية:

العميل: حسناً: حدث أمس مرة ثانية. لقد أخذت مرة ثانية ذلك الإمتحان فى الأدب الأمريكى .

المعالج: أنهم هذا .

العميل: تماماً كما سبق، حصلت على درجة لا بأس بها. ولكن فى السؤال الثالث كتب المعلم تعليقاً بأننى كنت أستطيع أن أكون أوضح قليلاً أو على نحو آخر كنت أستطيع أن أعطى مزيداً من التفاصيل. نفس ما حدث قبل ذلك. لقد حصلت على ما يرام على A، ولكن باللغنة! إنى

المعالج: نعم. أخمن أنك شعرت أن الناس يقللوا من شأنك بسبب هذا النقص فى إمكانياتك ؟

العميل: لقد فعلوا هذا، بصفة خاصة قومى. إنهم لم يقولوا هذا حقيقة، ولكنى أعرف من الطريقة التى يتصرفوا بها ...

المعالج: وجعلك هذا تشعر بنوع من عدم القيمة ؟

العميل: حقيقى .

والأمل أنه عند تأسيس هذه الاستبصارات بشكل كامل، أن يستطيع العميل إلقاء الضوء على حاجته لأن يصبح «الابن الكامل» Perfect Son لإدخال السرور على والديه. وبدلاً من ذلك، يستطيع أن ينمى فخراً بالأشياء الكثيرة التى أنجزها من قبل ويكتسب إحساساً بأنه شخص قادر حقاً. ويعتقد العلاج المتمركز حول العميل أن التقمص العاطفى المتقدم يكون ذا أهمية مركزية، لأنه بدون منظور جديد فى حياتهم لا يستطيع الناس المضطربون أبدأ أن يتغلبوا على مشاعرهم السلبية .

ويوضح المقتطف التالى الاتجاهات الثلاثة للمعالج بشكل أكثر بروزاً:

العميل: أنا لا أستطيع أن أكون نوع الشخص الذى أريده، أعرف أننى ربما لأملك الشجاعة أو القوة لقتل نفسى وإذا كان شخص ما سوف يعفنى من المسؤولية أو يمكن أن تقع لى حادثة، أنا، أنا ... على وجه التحديد لأريد أن أعيش .

المعالج: فى الوقت الحالى تبدو الامور سيئه جداً ندرجه أنك لا تستطيع أن ترى جدوى للحياة. (لاحظ استخدام إنعكاس التقمص العاطفى وغياب النقد) .

العميل: نعم، أرغب فى أننى لم أبدأ هذا العلاج أبدأ. كنت سعيداً حينما كنت أعيش فى عالم الأحلام الخاص بى. هناك إستطعت أن أكون نوع الشخص الذى أردته. ولكن الآن توجد مثل هذه الفجوة الواسعة بين ماأتمناه وبين ماأكونه بالفعل (لاحظ كيف يستجيب العميل لانعكاس التقمص بإعطاء مزيد من المعلومات) .

المعالج: إنه فى الحقيقة نضال صعب فيما يختص بالفجوة بين أحلامك وبين ماتكون بالفعل (تقمص عاطفى) .

العميل: عالم أحلامى أو إنتحارى ... ولهذا فإننى لأرى سبباً فى أنى يجب أن أضيع وقتك - الحضور مرتين فى الأسبوع - إننى لأستحق ذلك - ماذا تعتقد؟

المعالج: هذا يرجع إليك.. هذا لا يضيع وقتى. إننى أكون مسروراً أن أراك كلما أتيت ولكنه يرجع إلى كيف تشعر بالنسبة لذلك (لاحظ التناغم فى تقرير الرغبة الأمينة لرؤية العميل والإحترام الإيجابى غير المشروط فى الثقة بقدرته ومسئوليته بالنسبة للاختيار) .

العميل: أنت لاتقترح مجيئى مرات أكثر؟ أنت غير منزعج وتفكر فى أننى يجب أن أحضر كل يوم حتى أخرج من كل هذا ؟

المعالج: أعقد أنك قادر على اتخاذ قرارك الخاص. سوف أراك كلما أردت أن تأتى (إحترام إيجابى) .

العميل: (لاحظ الرغبة فى صوتى) لأعتقد أنك متزعج بالنسبة لى - أرى - قد أكون خائفاً من نفسى ولكنك لست حائف لاجلى. (ها - يخبر العميل ثقة المعالج فيه. فهو لن يقتل نفسه، بالمناسبة)

(Rogers, 1951: 49) .

التقويم الحاسم: Critical evalution

القوى Strongths: لقد كان لروجرز تأثيراً مستمراً على علم النفس فى ثلاث طرق مختلفة على الأقل، هى :

أولاً: برهن العلاج المتمركز حول العميل على أنه صورة فعالة بدرجة معقولة فى علاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات العقلية. ومع ذلك، يحتمل أن يكون أكثر نفعاً فى علاج الاضطرابات المعتدلة نسبياً عن الاضطرابات الشديدة (Davison & Neale, 1990). وقد ابتكرت إجراءات علاجية أخرى متنوعة من العلاج المتمركز حول العميل، منها جماعات المواجهة التى يحتمل أن تكون المثل المعروف على أفضل وجه. فمن حيث الجوهر، يشجع المشاركون فى جماعات المواجهة على فحص مشاعرهم الخاصة بصدق شديد، ومناقشتها بحرية وبصراحة مع أعضاء الجماعة الآخرين. وغالباً ما أنتجت جماعات المواجهة عدداً من التأثيرات المفيدة، ولكن الأفراد المضطربين نوعاً ما أو المنخفضين فى تقدير الذات قد يعانون حقيقة من تأثيرات معادية Adverse effects من المشاركة (Kaul & Bendnar, 1986).

ثانياً: كان روجرز أحد المعالجين الأوائل فى تقديم معلومات مفصلة عن جلسات العلاج للمعالجين والباحثين الآخرين المهتمين. وفى حالات كثيرة "حدت المعلومات صورة نهج علاجى للمعالجين عارضة. مثل هذه المعلومات هامة إلى أقصى حد بوضوح إذا ما وجد فهم مناسب للتغيير العلاجى. وهى تسهل كذلك مهمة تقييم العلاج. وكانت مساهمات روجرز فى هذا المجال عظيمة جداً لدرجة أن «دافيسون ونيل» (1990) جادلاً بأن «روجرز يمكن أن يُشهد له بإنشاء المجال الكلى لأبحاث العلاج

ثالثاً: كان روجرز (هو وإبراهيم ماسلو E. Maslow, 1970) شخصية حاسمة فى تطوير علم النفس الإنسانى Humanistic Psychology. وعلم النفس الإنسانى يهتم بمحاور ذات معنى للبشر، وتركز بصفة خاصة على الخبرة والذاتية والأحداث الفريدة التى لا يمكن التنبؤ بها فى الحياة الإنسانى للأفراد (Carwright, 1979: 5 - 6). ومع تأكيدهم على الخبرة الذاتية وليس على السلوك، يمثل علم النفس الإنسانى مجالاً مختلفاً جداً لعلم النفس من ذلك الذى يؤيده كثير من علماء النفس الآخرين. وبعض العيوب ذات الاعتماد على الخبرة الذاتية سوف تُناقش فى القسم التالى، ولكن كثير من القيمة الخاصة بشخصية الفرد يمكن تعلمها من إعتبار حذر لتقاريرهم الخاصة بخبرتهم.

أشكال الضعف Weaknesses: كانت إحدى المميزات الحاسمة لمجال روجرز هى إعتماده على الظواهرية. وكما عبر عنها «بالنسبة لطريقتى فى التفكير، فإن هذا النمط الظاهرى الشخصى للدراسة - بصفة خاصة حينما يقرأ الشخص كل الإستجابات - يكون قيماً إلى أبعد حد من المجال الإمبريقي الجامد التقليدى، وهذا النوع من الدراسة، الذى غالباً ما يحتقره علماء النفس باعتباره لايزيد عن تقارير ذاتية، يعطى فى الواقع الاستبصار الأعظم فيما تعنيه الخبرة. إنه سيجعل مهمة الأخصائيين النفسيين أسهل نسبياً إذا كان من الممكن الحصول على فهم كامل للناس الآخرين ببساطة عن طريق جعلهم يصفون خبراتهم بشكل مباشر. ورغم ذلك، فإن كثيراً من علماء النفس يشكون فيما إذا كانت الظواهرية مجالاً نافعاً مثلما زعم بواسطة روجرز.

وأحدى المشاكل الرئيسية مع الظواهرية هو أنها تهتم فقط بتلك الأفكار التى لدينا وعي شعوري، بغية أن يكون كثير من الخبرات النفسية

٢- العلاج الجشطالتى

Gestalt Therapy

تعريف العلاج الجشطالتى:

العلاج الجشطالتى عبارة عن نظام إدراكى قائم على عدم التفسير ومبتعد عن الجوانب التاريخية للفرد (الماضى)، ومحور الاهتمام فيه هو الوعي Awareness فى هنا والآن Her and Now، وتدار معظم التعاملات بين المعالج والمريض على أساس من أنا ومن أنت بدلاً من إفتراض الطرح أو الطرح المضاد. ويكون التركيز فيه على مايجرى فعلاً (العملية) فضلاً عما يمكن أو ماينبغى أن يكون حادثاً (المحتوى). ويشجع المعالج المريض فى تحمل المسؤولية عما يحدث فعلاً، وبإتصال المريض مع السلوك يشجعه المعالج على تمثيل أو رفض هذا السلوك، وبذلك يجرى المساعدة على الاختيار والنمو من خلال التنظيم العضوى.

ويكون التركيز فى العلاج الجشطالتى على الوعي المباشر الحالى لخبرة الشخص الذاتية ولا يسمع فى العلاج بالتفسيرات العقلية (المعرفية Cognitive) للأسباب أو الأعراض، فهذه أمور يرفضها العلاج الجشطالتى (محمد المنشاوى، ١٩٩٤: ٣١٠).

ويعتبر العلاج الجشطالتى هو الشكل الآخر من العلاجات الإنسانية، الذى ابتكره أسطة فريدريك و بيرلز Frederick & Perls. فلقد كان «بيرلز» سائراً إلى حد كبير بعلم النفس الجشطالتى، حيث أكد علماء نفس الجشطالت فكرة أن الناس ينظمون بنشاط رأيهم عن العالم، واعتقد «بيرلز» مايلى :

١ - يخلق الناس رؤيتهم الخاصة عن الحقيقة.

الذى لا يمكن أن يتم تقسيمه بالتقنيات المفضلة بواسطة روجرز. وبالإضافة لذلك، فلأننا لانستطيع أن نمك ذلك دليلاً مستقلاً مباشراً عن كيف يخبر فرد آخر الحياة، فمن الممكن تماماً للناس أن يقرروا خبراتهم بشكل مشوه على نحو متعمد.

وتتعلق إحدى صور الضعف بمجال روجرز النظرى فى معالجته للدافعية. وطبقاً لروجرز (١٩٥٩) يكون الناس مدفوعين بشكل أساسى تجاه التحقق من قوتهم الكامنة: «لا بد من ملاحظة أن هذا الميل الأساسى للتحقق هو الدافع الوحيد المسلم به فى هذا النظام النظرى». وبالنسبة لحقيقة أن سلوكنا يتأثر بعدد كبير من دوافع محددة بيولوجياً ونفسياً، فإن تفسير روجرز يبدد مبتزلاً نوعاً ما. وكما أوضح كروس (Krause, 1964:7)، فإن بناء الميل للتحقق «يبدو أنه يفسر كثيراً جداً على نحو غامض جداً الأتى تنبؤات فارقية تُشتق منه».

وتوجد بعض العيوب المحددة الخاصة بنظرية الشخصية المبتكرة بواسطة روجرز. فلقد إفتراض أن كل شخص تقريباً له طبيعة طيبة وإيجابية بشكل أساسى، مع مشاكل واضطرابات تحدث فقط بسبب خبرات خاصة وبسبب التأثير الخاص بالآخرين. وتتضمن هذه الإفتراضات على نحو محتمل رأياً تفاؤلياً على نحو غير ملائم للطبيعة البشرية. وفكرة أننا جميعاً نرث شخصيات مماثلة نوعاً ما يُحتمل أيضاً أنها غير دقيقة.

٢ - يستمر النمو النفسى الطبيعى للناس فقط طالما يدركون ويعلمون على وعى ويعملون وفقاً لمشاعرهم الحقيقية .

ويرى «بيرلز» أن النمو يتوقف وتظهر الأعراض حينما يكون الناس غير واعين بكل نواحي أنفسهم (Perls et al., 1951) .

الاختلاف بين العلاج الجشطالتى وطرق العلاج الأخرى :

يشير (محمد الطيب، ١٩٨١: ٣، ٥) إلى أن الاختلاف بين العلاج الجشطالتى ومعظم أنماط العلاج النفسى الأخرى يكمن بصفة جوهرية، ففى أن المعالج الجشطالتى لا يقوم بتحليل نفسى للمريض، ولكنه يعمل على تحقيق عملية التكامل. ويحاول أن يتحاشى الخلط بين الفهم من ناحية والتوصل إلى التفسيرات من ناحية أخرى .

كما أن العلاج الجشطالتى منهج وجود، مما يعنى أن المعالج الجشطالتى لا يتناول الأعراض أو بنية الشخصية فحسب، وإنما يتخطى هذا الوجود الشامل للشخص، وفى رأى «بيرلز»، فإن هذا الوجود، ومشكلات هذا الوجود، تتبدى فى جلاء بالغ فى الأحلام.

وفى العلاج الجشطالتى، لا يقوم المعالج بتأويل الأحلام، ولكنه يقوم بما هو أكثر تشويقاً من ذلك، فبدلاً من تحليل الحلم، والاستطراد فى مجريته، فإنه يعمل على إعادته إلى الحياة، والسبيل إلى إعادته إلى الحياة، هو أن يعيشه الشخص مرة أخرى، كما لو كان حادثاً الآن. فالحلم فرصة ممتازة لمعرفة الشقوب الموجودة فى الشخصية. وتتبدى هذه الشقوب فى صورة فراغات أو أجزاء خالية تذهب بتكامل السياق، وعند إقترابك من هذه الشقوب، يعتريك الارتباك أو

هناك تجد خبرة مرعية، والتوقع الذى مؤداه: «لو إقتربت من هذا
فى كارثة. سأتحول إلى عدم» .

العلاج الجشطالتى :

يلعب هارمان (Harman, 1988: 220) إلى أن الوعى Awareness Contact هما الهدفان الرئيسيين للعلاج الجشطالتى فضلاً عن أخرى مثل التكامل والنضج والمسئولية والصدق والتنظيم الذاتى وتغير . ويمكن إدراج الأهداف الأخرى نفسها تحت هدفى الوعى والاتصال. فمن الوعى، يعرف الشخص إذا كان مسئولاً أو صادقاً، أو إذا كان الفرد على إحساساته، إلخ. فبدون الوعى والاتصال سوف ننقاد إلى الاعتقاد بأننا نعتقد أننا نفعله. وتنطبق هذه الأهداف على العلاج الفردى وعلى علاج فى جماعة، وذلك لأن العلاج الجشطالتى يهتم بالأفراد فى جماعة وليس بحد ذاتها، ولا يعتدى على تكامل الفرد بقصد تحقيق هدف جماعى .

ويعرف بيرلز (١٩٥١) الوعى بأنه «الإحساس التلقائى بما ينشأ فينا، فعله، ونشعر به، ونخطط له». فحين يكون الناس واعين فإنهم يعرفون مشاعرهم .

وتوجد مستويات عديدة للوعى، هى :

- ١ - الوعى بالحالة الانفعالية، فنشعر بالحزن أو الفرح أو الحب... إلخ .
- ٢ - الوعى بالحالة البدنية ، وفى هذا المستوى قد نشعر بالتوتر والشد وعدم الراحة البدنية أو عدم الإحساس باللذة .
- ٣ - الوعى بما هو فى البيئة باستخدام حواسنا الخمس .

الوعى - هنا - والآن :

يُبين الشعار الأساسى فى العلاج الجشطالتى هو «أنا وأنت»، «هنا والآن»، «الآن» هو نقطة الصفر بين الماضى والمستقبل، حيث لا يوجد أى منهما المتواجد فقط هو «الآن»، والشخص المعاصى ليس شخصاً لديه مشكلة بالماضى وإنما هو لديه مشكلة الآن، والتى قد تكون - أيضاً - مشكلة من الحاضر، والماضى يؤثر فى السلوك فقط على النحو الذى نراه فى الحاضر .

ويجب على المعالج أن يكرر العبارة الأساسية «الآن أنا واع» والمطلوب التعبير فى الزمن الحاضر ومن الممكن أن يسأل المعالج المريض «ماذا تعنى أنت الآن؟» «ماذا ترى الآن؟» «ماذا تحس الآن؟» «ماذا تفعل الآن؟» «ما هو لون الثوب الذى عليك الآن؟»، «هل أنت واع بما تفعله بيدك الآن؟» إلخ .

أسلوب المقعد الخالى :

يعتبر أسلوب المقعد الخالى من أوسع الأساليب الجشطالتية إستخداماً، أسلوب لتسهيل المحاوره بين المريض والآخرين وبين أجزاء من شخصية المريض. وعادة فإن هذا الأسلوب يستخدم فى العلاج الجماعى حيث يوضع مريضان كل منهما يواجه الآخر، أحدهما يمثل المريض والثانى يمثل شخصاً آخر، وعندما يقوم المريض بتغيير دوره فإنه ينتقل إلى المقعد الثانى.

ويقوم المعالج بمراقبة الحوار وهو يمشى، أو قد يرشد المريض إلى تغيير المقعد عند الحاجة لذلك، ويقترح العبارات التى يقولها المريض أو يلفت إنتباه المريض إلى ما قاله أو إلى كيف قاله أو يطلب منه الانفعالات والصراعات، كما أن السدود قد تظهر وأيضاً تظهر الانفعالات والصراعات، كما أن السدود قد

ويعرف «بيرلز» الاتصال بأنه «الوعى بما يمكن قتله (إستيعابه) والسلوك نحوه، ونبذ الجديد غير القابل للتمثل». وأنه خلال الاتصال يُستخد النظر والسمع واللمس والكلام والحركة والشم والتذوق، وهى: كلها مكونات حسية/ حركية يُستخدم كلاً منها منفرداً أو يُستخدم أكثر من مكون فى نفس الوقت، ويشتمل الاتصال على الاعتراف بوجود الآخرين المتواجدين معنا وتقديرهم ومواجهتهم بنجاح .

وفى الاتصال بالآخرين، نعنى ماهو «أنا» وماهو «ليس أنا» أو «أنت». ونحن نستطيع الاحتفاظ بوعينا بالحدود التى تفصل بين «أنا» و«أنت»، تصبح الاستشارة ممكنة، ويصبح النمو ممكناً.

ويهتم العلاج الجشطالتى بكيفية اتصال المرضى كل منهم بالآخر، أو كيفية تجنب كل منهم للآخر، كل ذلك فى دورة هى الوعى - الإثارة - الاتصال - وعبر الشخص فيها فى مراحل، هى: (١) الانسحاب، (٢) الإحساس، (٣) الوعى، (٤) تعبئة الطاقة، (٥) الفعل، (٦) الاتصال، (٧) الانسحاب. فشلاً، قد يكون مريض ذكر فى الجماعة منشغلاً مع المعالج فى مشكلة ترتبط ببرود أمه نحوه، بينما تشاهد مريضة أنثى أخرى ذلك، فتحس بدفء فى صدرها ووخز فى ذراعها، فيربط بين إحساسها بالدفء والوخز وبين الرغبة فى الأمومة والاتصال بالمريض الآخر بطريقة ما. ونتيجة للإحساس بالتعبير الكامل، يمكن أن تستمر فى القيام بدورها بوصفها مشاركة فى عمل المريض، ومن ثم يمكن استئناف العلاج (Harman, 1988) .

تقنيات العلاج الجشطالتى :

أشار (محمد الشناوى، ١٩٩٤) إلى أنه توجد مجموعة من الأساليب العلاجية التى يشتمل عليها العلاج الجشطالتى والتى يمكن إستخدام بعضها فى العملية العلاجية، وسوف نعرض أكثر هذه الأساليب إستخداماً.

تظهر وأيضاً نجد حلولاً، وقد ينمو الوعي والتكامل بين الاستقطابات أو الأجزاء داخل المريض أو بين المريض وغيره من الناس، أو بين مطالب المريض ومطالب المجتمع أو معايير المجتمع .

وعادة فإن أسلوب المقعد الخالي يُستخدم في مواقف العلاج الجماعي حيث يعمل المعالج مع عضو الجماعة في إطار، واحد - لواحد، حيث يجلس العضو الذي يعمل معه المعالج على المقعد الساخن ويواجه المقعد الخالي أمام باقى أعضاء الجماعة العلاجية .

٣ - الحوارات الخاصة بلعب الدور :

لقد صُممت هذه الحوارات الخاصة بهدف رفع الوعي بصراعات نفسية هامة لدى المريض. وقد يُطلب من العميل أن يتلفظ بحديث بين الأجزاء المتعارضة من الذات. وقد يتحدث الجانب الطموح المتنافس من الذات مع الجانب الذى تنقصه الثقة. وعلى كل جانب أن يعبر عن نفسه بقوة، كما لو كان يتجادل مع الآخر وخارج مثل هذه الحوارات الخاصة بلعب الدور قد يبرز تكامل لقوى معارضة، إحداها أسلم نفسياً من أية من القوى الأولية .

وقد يُطلب من العميل - أيضاً - أن يتفحص في حوار مع شخص ما دال إنفعالياً لا يكون موجوداً في الواقع. والهدف هنا هو الاهتمام «بعمل غير منته»، لإحضار قضايا لم تحل مع ذلك الشخص لنوع مامن النهاية.

٤ - تكوين المسؤولية لدى المريض :

وهنا يتم تشجيع العميل على استخدام صيغة المخاطب (أنا، خاص بى) والمبنى للمجهول (أنا أكون، أنا أفعل، أنا أشعر) لإظهار أنه يتحمل المسؤولية

والتصرفات. على سبيل المثال، «إنى غاضب» أكثر من «ألا تفكر الحق في أن أكون متزعجاً». وأحياناً أخرى، يُطلب من العملاء أن يتحملوا المسؤولية بدون اصطلاحات غير مؤكدة. وبعد التعبير عن بعض الحق بأنفسهم، عليهم أن يضيفوا العبارة المؤكدة «وأتحمل المسؤولية لذلك» . والمقتطف التالى من جلسة علاجية يوضح عدداً من هذه التوجيهات:

توين : Toim ، مالذى تشعر به الآن ؟

الغضب .

توين : أى مكان تشعر بهذا الغضب ؟

توين : (مشيراً إلى اليدين) هنا، و(مشيراً إلى الصدر) هنا.

توين : استمر في البقاء مع هذا الشعور، واجعله يتزايد. وقد نحسه على أن يتنفس أكثر إذا تنفست بحرق في بطنك، وجعل صوتاً يخرج حينما تطلق صوتاً ...

توين : (يتنفس من البطن) أووه، أووه، أووه ! أووه !

توين : ما هي تلك الحيرة ؟

توين : الغضب، الاستياء .

توين : هل توجه الاستياء إلى شخص معين ؟

توين : أمى، إنى أستاذ منك ... من كل شيء، يخصك .

توين : حدد استياءك .

توين : أنا ... أستاذ منك لجعلى أعتمد عليك .

توين : كيف يكن صوتك ؟

توين : إنه ... أنه أنين .

ثالثة العلاجات السلوكية

Behavioural Therapies

إن أحد المجالات الرئيسية لعلاج الأمراض العقلية يُعرف بالعلاج السلوكي. والافتكار الرئيسية هي أن معظم أشكال المرض العقلي تحدث نتيجة لتعليم سيء. التكيف Maladaptive learning، وأن أفضل علاج هو من تعلم جديد ملائم أو إعادة التعلم.

وعلى نحو أكثر تحديداً، يعتقد المعالجون السلوكيون أن السلوك الشاذ يمكن أن يتغير عن طريق الإشرط، وأنه عن طريق استخدام مبادئ الإشرط يمكن أن الشفاء. وبكلمات أخرى، يقوم العلاج السلوكي على افتراض أن الإشرط الكلاسيكي Classical Conditioning والإشرط الإجرائي Operant Conditioning يستطيع تغيير سلوك غير مرغوب إلى نموذج أكثر صحة من السلوك.

ولفهم الأشكال الخاصة من العلاج التي يزيدها المعالجون السلوكيون، من الضروري قبل كل شيء موصف بعض عناصر الإشرط، وبعد ذلك نظرة الصورة الملائمة من العلاج. وسوف نفعل هذا بالنسبة للإشرط الكلاسيكي وبعد ذلك بالنسبة للإشرط الإجرائي.

الإشرط الكلاسيكي Classical Conditioning

يأتي المثال المعروف على أفضل وجه بسهولة من عمل إيفان بافلوف (Ivan Pavlov, 1849 - 1936) على الكلاب. وتفرز الكلاب (وحيوانات أخرى) اللعاب عادة حينما يوضع الطعام في أفواهها. وماحصل عليه هنا هو

المعالج: هل ستتحكم في صوتك؟ تتحمل المسؤولية؟

المريض: أنا .. إني أنن.. إني أنن .

المعالج: إفعل ذلك. قدم الأنين لأمك، وأشعر بنفسك وأنت تفعل ذلك .

المريض: (صوت أنين، يصل للخارج مع اليدين) أمى... من فضلك...

إتركني أذهب... من فضلك إطلقى سراحى .

التقويم :

تبنى «بيرلز» الإصطلاح الألمانى جنشطالت، الذى يعنى «الكل» لأن علاجه يهدف إلى جعل الشخص أكثر تكاملاً أو كلاً نفسياً. وإلى هذا الحد حاول «بيرلز» أن يساعد عملائه على فصل دفاعاتهم القديمة، ويلقوا مشاعرهم المكبوتة، ويزيدوا وعيهم بالذات، ويفتحوا إمكانياتهم المسدودة من أجل النمو. وأكد على الإتصال بمشاعر الفرد المباشرة، والتعبير عنها بأمانة كما يشعر بها، وقبول المسؤولية عنها. واستخدم «بيرلز» مجموعة من الاستراتيجيات لتحقيق تلك الأهداف. ومن هذه الاستراتيجيات الرعى «بهنا والآن» وأسلوب المقعد الخالى، والحوارات الخاصة بلعب الدور، وتكوين المسؤولية لدى المريض . ورغم كل ماقدمه العلاج الجنشطالتى إلا أنه ركز على الأنا Ego وأهمل الهو Id، ومن هنا يتم تجاهل الرغبات التى إهتم بها التحليل النفسى، والتى يمكن أن تكون مهددة للصحة النفسية. كما أن تدريب المرضى على تحمل المسؤولية قد يعنى أن المعالج يتحرر عن المسؤولية تجاه المريض - بصفة خاصة - إذا قام المريض بالانتحار. وفضلاً عن ذلك ينظر المعالجون السلوكيون إلى العلاج الجنشطالتى على أنه عملية فوضوية حينما يقرر (إفعل ماتريد وأنا أفعل ماأريد)، حيث أنه يساعد على نمو الترجسية والتركيز على الذات لدى أولئك المرضى الذين لديهم القليل من المنطق أن يكونوا مهتمين بالآخرين .

- بالاصطلاحات الفنية - فعل منعكس غير متعلم أو غير شرطى unconditional reflex ، يوجد به صلة بين المثير غير الشرطى الخاص بالطعام فى الفم والاستجابة غير الشرطية الخاصة بإفراز اللعاب. واكتشف «بافلوف» أنه كان من الممكن تدريب كلب على إفراز لعاب لمثير محايد تماماً مثل نفخة. وما فعله كان تقديم نفخة (المثير التدرىي) قبل الطعام مباشرة فى مناسبات عديدة إلى أن أشارت النفخة على نحو فعال إلى الوصول الوشيك للطعام. وفى النهاية قدم نفس النفخة (مثير الاختبار) وحدها بدون أى طعام ووجد أن النفخة أدت بالكلب إلى أن يفرز لعابه - وباصطلاحات فنية - اكتسب الكلب فعلاً منعكساً شرطياً، كان المثير الشرطى فيه هو النفخة وكانت الاستجابة الشرطية هى إفراز اللعاب.

وقد إكتشف بافلوف خصائص هامة أخرى للاشتراط الكلاسيكى. على سبيل المثال، توجد ظاهرة تعميم المثير، حيث كانت الاستجابة الشرطية الخاصة بإفراز اللعاب أكبر حينما كانت النفخة المقدمة، وحدها (أى، الاختبار) هى بدقة نفسها مثل النفخة التى كانت مقدمة قبل الطعام مباشرة. ومع ذلك، كانت استجابة شرطية أصغر لازل يتم الحصول عليها حينما كانت نفخة مختلفة نوعاً ما يتم تقديمها. وتثير ظاهرة تعميم المثير إلى حقيقة أن قوة الاستجابة الشرطية تتحدد بالتماثل بين مثير الاختبار ومثير التدريب السابق. والملمح الأساسى الآخر للاشتراط الكلاسيكى هو ظاهرة الانطفاء التجريبي Experimental extinction. فإذا قدم «بافلوف» النفخة وحدها مرات عديدة، إكتشف أن الاستجابة الشرطية الخاصة بإفراز اللعاب إختفت تدريجياً. وباصطلاحات عامة، فإن التقديم المتكرر للمثير الشرطى فى غياب المثير غير الشرطى يُزيل الاستجابة الشرطية، ويُعرف هذا بالانطفاء التجريبي .

ولكن ما الذى يحدث فى الاشتراط الكلاسيكى؟ من حيث هو، يسمح المثير الشرطى (على سبيل المثال، نفخة) للكلب بالتنبؤ بأن مثير غير الشرطى على وشك أن يقدم. وبكلمات أخرى، تُقدم النفخة إشارة تنبؤية بأن الطعام على وشك أن يصل، وبهذا ينتج تأثيراً (أى إفراز اللعاب) الذى يماثل التأثير المنتج بواسطة الطعام نفسه. ويحدث الانطفاء التجريبي أو الانقضاء الاستجابة الشرطية حينما لم يعد المثير الشرطى ينبئ بالتقديم المباشر للمثير غير الشرطى .

لماذا يكون الاشتراط الكلاسيكى ذا علاقة ممكنة بفهم المرض النفسى؟ فطبقاً للمعالجين السلوكيين، يلعب الاشتراط الكلاسيكى دوراً هاماً فى تطوير حالات كثيرة من المرض العقلى، على سبيل المثال، خذ فى الاعتبار المرضى الذين يعانون من الرهاب Phobia (أى، خوف معين غير عقلاني نسبياً). فخبرة السقوط على إحدى درجات السلم والإصابة الشديدة بمرض هيريس وصفه ماركس (Marks, 1969) إلى أن ينمى رهاب الأماكن المرفوعة. وعن طريق عملية تصميم المثير، أصبحت الأماكن المرتفعة لهذا المريض مثيرات شرطية أثارت استجابة خوف شرطية.

وقد ركز المعالجون السلوكيون بشدة على المرضى (مثل الرهابيين) الذين اكتسبوا مخاوفاً أو أشكالاً من القلق. ويفترض أن هذه المخاوف تُكتسب عن طريق الاشتراط الكلاسيكى الذى يربط فيه مثير محايد بمثير مؤلم أو غير ضار، على سبيل المثال، خذ فى الاعتبار دراسة شهيرة بواسطة واطسون وراينار (Watson & Rayner, 1920). ولد صغير كان يحب الأرناب وتعلم أن يخاف منها حينما قُدم أرناب بشكل متكرر مباشرة قبل سماع ضوضاء مرتفعة. لقد عمل الأرناب هنا كالمثير الشرطى والضوضاء المرتفعة كالمثير غير الشرطى، وأتى المثير الشرطى ليستثير الخوف الناتج من الضوضاء المرتفعة .

يقدم أفضل مثال معروف عن الاشتراط الإجرائى عن طريق ب. إف. سكينر (Skinner, 1904-1990). لقد كان واضعاً فأراً جائعاً فى صندوق صغير (غالباً ما يشار إليه كصندوق سكينر) الذى يحتوى على رافعة. وعندما ضغط الفأر على الرافعة، أدى هذا إلى تقديم كرة طعام. وتعلم الفأر تدريجياً أن الطعام يمكن الحصول عليه عن طريق ضغط الرافعة، وانغمس بذلك أكثر وأكثر فى ضغط الرافعة.

ويعتبر ضغط الرافعة هو مثال لما سماه سكينر «إجراءات» Operants - استجابات تؤثر على البيئة لإنتاج تغير يؤدي إلى مكافأة. وطبقاً لسكينر، يوجد مبدأ حاسم فى التعلم هو قانون التعزيز Reinforcement: احتمال حدوث زيادة فى الاستجابة إذا تُبعت تلك الاستجابة بمدعم إيجابى أو مكافأة إيجابية (على سبيل المثال، الطعام). وعلى النقيض احتمال نقص الاستجابة إذا لم تُتبع بمدعم إيجابى، وتُعرف هذه الظاهرة بالانطفاء التجريبي.

وقد اكتشف «سكينر وزملاؤه» خصائص إضافية عديدة للاشتراط الإجرائى. على سبيل المثال، بدلاً من تقديم تدعيم بعد كل استجابة، فمن الممكن مكافأة أو تدعيم بعض الاستجابات، ويُعرف هذا بالتدعيم الجزئى Partial reinforcement. وتوجد مجموعة متنوعة عديدة أو قوائم خاصة بالتدعيم الجزئى. وهى تشمل قوائم ذات نسب ثابتة، يكون فيها عدد ثابت معين من الاستجابات يجب أن يُعمل من أجل حدوث التدعيم (على سبيل المثال، كل استجابة عاشرة تُتبع بتدعيم) وقوائم ذات نسب متغيرة، فيها تحدث المكافآت فى المتوسط بعد عدد معين من الاستجابات، ولكن العدد الفعلى

على نحو غير منهجى حول ذلك العدد المتوسط (على سبيل المثال، على سبيل تكافئ كل استجابة عاشرة، ولكن المكافأة قد تُتبع أى شيء بين نهاية الأولى والتاسعة عشر).

ويؤخذ ملامح الاشتراط الإجرائى هو أن الاستجابة المطلوبة يجب أن تتم قبل أن تُدعم. ولكن كيف نستطيع حينئذ أن نضطر حيواناً لإنتاج استجابة معينة لن نُعمل على نحو طهيى؟ والإجابة هنا تكون عن التشكيل أو طريقة التقريبات المتتالية. على سبيل المثال، افترض أننا نريد أن نعلم الحمام أن يلعب تنس الطاولة Table Tennis. ففى البداية ستنم لهم على عمل أى اتصال بكرة تنس الطاولة. وبالتالى، ستحتاجهم أن تتطابق بدقة أكثر وأكثر مع تلك المتضمنة فى لعب تنس الطاولة قبل أن يكافئوا. وبهذه الوسيلة، عمل سكينر فى الواقع على إقناعهم على القيام بلعبة تنس الطاولة بشكل دال.

تقنيات تعديل السلوك

Techniques for Modifying Behavior

إن بعض تقنيات العلاج السلوكى الأكثر أهمية والمستخدم على نحو واسع هى التحصين المنهجي، والانطفاء، والاشتراط المنفر، والعقاب. وفيما يلى سرف نلقى بعض الضوء على كل منها:

التحصين المنهجي Systematic Desensitization

غالباً ما يستخدم العلاج السلوكى التحصين المنهجي لمساعدة العملاء على التعامل مع الرهابات والأشكال الأخرى من القلق غير المنطقي. وقد ابتكر

هذا الأسلوب بواسطة جوزيف وولبي (Wolpe, 1982). والتحصين المنهجي هو طريقة يرى فيها العميل سلسلة من المثيرات التي تسبب القلق في حين يتم الإبقاء على حالة من الإسترخاء. وقد إعتقد «وولبي» أن هذه العملية تُضعف الارتباط المتعلم للقلق والمثير الذي يسبب الخوف إلى حد أن الخوف قد يختفي. وفي البداية رتب «وولبي» للعملاء أن يفعلوا شيئاً ما غير متسق مع كونهم خائفين. وغالباً ما إستخدم تدريباً على إسترخاء تدريجي لمنع القلق. وبعد ذلك، أثناء الإسترخاء، يطلب من العميل أن يتخيل بنداً من مدرج القلق أو سياق من مواقف تثير الخوف. وسوف يعمل العميل خلال مدرج الحساسية على نحو تدريجي، متخيلاً منظراً أكثر صعوبة من الموقف السابق الذي مر بدون كرب. وقد وجد «وولبي» أنه بمجرد إستطاعة العملاء أن يتخيلوا بهدوء كونهم في مواقف مخيفة، فإنهم يكونوا قادرين على نحو أفضل للتعامل معها فيما بعد. وقد يكون التحصين المنهجي فعالاً بصفة خاصة إذا ما واجه العملاء فعلاً- أكثر من التخيل ببساطة- المثيرات التي تسبب الخوف في مدرج الخوف (Chambless, 1990) ولكن هذا التعرض للمثيرات الواقعية أو التحكم أثناء عرضها ليس سهلاً، وبصفة خاصة حينما يتضمن مثير الخوف المفرجاً أو بحرراً أو القيادة في طريق عام. ومن ذلك، فحديثاً وُجد تكتيك يعرف بإسم التعرض المتدرج للحقيقة واقعية. وفي هذا التكتيك قد يكون الأمر ممكناً لأن يخبر العملاء إلى أقصى حد صوراً ساطعة ومكثفة بشكل أكثر تدرجاً من مواقف مخيفة بدون التعرض لها واقعياً. ففي إحدى الدراسات، وقف عملاء مصابون برهاب الأماكن المرتفعة على رصيف محاط بسكة حديدية وهم يضعون على الرأس جهاز عرض بصرى. وقد أعطت الصورة المقدمة على جهاز العرض ذى الحقيقة الواقعية إنطباعاً بالوقوف على قناطر فوق الماء. كانت تتراوح من

ثمانية متراً، على شرفات في الهواء الطلق بإرتفاعات متزايدة، أو إلى إرتفع إلى تسعة وأربعين طابقاً (Rothbaum et al., 1995). وقد نفس التكنيكات بنجاح في علاج رهاب العنكبوت (Carlin et al., 1995).

نحو الدقة، فإن السبب في نجاح التحصين المنهجي ليس واضحاً. إعتقد الإكلينيكيون أن التغير يحدث بسبب عمليات تعلم. إما من خلال الاشتراط الكلاسيكي لاستجابات جديدة هادئة للمثير المخوف أو من خلال الإنطفاء، لأن الموضع أو الموقف الذي قد كان مهبطاً للخوف يحدث بشكل متكرر بدون إستجابات مؤلمة (Rachman, 1998). كما توجد تفسيرات أكثر حداثة تؤكد على أن التحصين المنهجي يعمل على عمليات معرفية للعملاء، تشمل توقعاتهم التي يمكن أن تتعامل بها مع المواقف المخيفة سابقاً (Kehoe & Macrae, 1998).

Modeling

غالباً ما يُعلم المعالجون العملاء السلوكيات المرغوبة بإيضاح تلك السلوكيات. ففي النمذجة، يراقب العملاء الناس الآخرين الذين يؤدون السلوكيات المرغوبة، وبذلك يتعلمون بطريقة بديلة مهارات التعلم بدون الدخول في عملية تشكيل طويلة. ففي علاج الخوف، يمكن للنمذجة تعليم العميل كيف يتغلب دون خوف. على سبيل المثال، بين أحد المعالجين لطالبة تبلغ من العمر أربعة وعشرين عاماً مصابه بفوبيا العنكبوت كيف تقتله بأداة لطرد الحباب، وجعلها تمارس هذا القتل بالمنزل من خلال أداة مطاطية (McDonald & Bernstein, 1997). وتسمى إمتزاج النمذجة الحية مع الممارسة التدريجية،

بالنمذجة المشاركة Participant Modeling، وهو أحد العلاجات الأكثر قوة للخوف.

والنمذجة هي كذلك جزء رئيسي من التدريب التوكيدي Assertiveness training والتدريب على المهارات الاجتماعية social Skills training، التي تعلم العملاء كيفية التفاعل مع الناس بشكل أكثر راحة وفاعلية. وتتراوح أهداف التدريب على المهارات الاجتماعية من مساعدة طلاب الكليات المصابين بالرهابات الاجتماعية Social Phobias على عمل محادثة في التواريخ وحتى إعادة بناء قدرة المرضى العقليين على التفاعل بطريقة سوية خارج المستشفى (Trower, 1995). وفي التدريب التوكيدي، يساعد المعالج العملاء على تعلم أن يكونوا أكثر مباشرة وتعبيراً في المواقف الاجتماعية (لاحظ أن التوكيدية لا تعني العدوانية، بل إنها تعني التعبير بوضوح وبشكل مباشر عن كل من المشاعر الإيجابية والسلبية والدفاع عن حقوق الفرد مع احترام حقوق الآخرين كذلك) (Alberti & Emmons, 1986). وغالباً ما يتم التدريب التوكيدي في جماعات، ويتضمن كلاً من النمذجة ولعب دور خاص بمواقف معينة. وفي أحد البرامج، قد ساعد التدريب التوكيدي مجموعة من الراشدين المربوطين في كرسي متحرك على أن يكونوا أكثر راحة في تناول مواقف صعبة اجتماعياً يجدون أنفسهم فيها أحياناً (Gleukauf & Quittner, 1992).

التدعيم الإيجابي Postive Reinforcement

يستخدم المعالجون السلوكيون كذلك التدعيم الإيجابي المنهجي لتغيير السلوكيات المشككة ولتعليم مهارات جديدة في حالات تدرج من صدمات

وإنجاح الأحداث إلى الفصام. وتستخدم مبادئ الإشراف الإجرائي لتعليم احتمالات أو قواعد تحدد السلوكيات وتقويتها من خلال التدعيم. ففي إحدى الدراسات، أعطى أطفال توحدين Autistic Children - لديهم بشكل غطي لغة قليلة للغاية - عنب وفيشار أو بنود في أحبوها في مقابل قولهم «من فضلك»، «شكراً لك»، «مرحباً بك» وهم يحاولون الأقلام والمكعبات مع معالج. وفي النهاية صاغ المعالج السلوك التوجيهي بأن يقول الكلمات المناسبة. وبدأ الأطفال مباشرة يتمتموا العبارات أيضاً. وتتضمن النتائج العامة للموقف لعباً أخرى؛ واستمرت المهارات لمدة واضحة لمدة ستة شهور (Matson et al., 1990).

وبالنسبة للمتخلفين بشدة أو العملاء المضطربين والمودعين بالمؤسسات، فإن المعالجون السلوكيون أحياناً إقتصاداً رمزياً وغوذجاً بتدعيم سلوكيات معينة برفائق البوكر Poker chips وعملات أخرى يمكن إستبدالها بها بعد هزجات خفيفة أو مكافآت مرغوبة أخرى (Paul & Lentz, 1987). والهدف من هذا هو تشكيل نماذج السلوك التي سوف تستمر خارج المؤسسة (Paul, 2000).

الإنطفاء Extinctions

كما هو الحال تماماً في استخدام التدعيم للقيام بسلوكيات مرغوبة بشكل أكثر احتمالاً في الحدث، فإن تقنيات سلوكية أخرى يمكن أن تجعل سلوكيات غير مرغوبة أقل احتمالاً في الحدث. ففي الإشراف الإجرائي، يكون الإنطفاء هو بمثابة عملية سحب التدعيمات التي تلي عادة الإستجابة الخاصة. وإذا تأكدت أن توقفت تماماً عن محادثة شخص ما تليفونياً لأن خطه قد كان

مشغولاً لساعات، فإنك تعرف كيف يعمل الإنطفاء، حينما لا يؤدي سلوك إلى
الريح، فإن الناس عادة ما تتوقف عنه. وبغير الإنطفاء السلوك ببطء نوعاً ما،
ولكنه قد كان طريقة مألوفة لمعالجة الأطفال والراشدين المضطربين بشدة أو
المختلفين لأنه يقدم طريقة لاستئصال سلوكيات غير مرغوب فيها.

ويوجد تطبيق آخر للإنطفاء من خلال الغمر Flooding، وهو إجراء يُبقى
بالناس في موقف مخيف دون أذى، ويحرمهم من الهروب المكافئ، عادة
(Barlow, 1988) (يسمى الغمر والطرق المتعلقة القائمة على الإنطفاء الخاص
باستجابات خوف الإشتراط الكلاسيكي بتقنيات التعرض Exposure
techniques). فحينما يبقى شخص معين في اتصال بمثير شرطى يسبب
الخوف (ضفدعة مثلاً) بدون أن يخبر الألم أو الإصابة، فإن قوة مثير الخوف
الشرطى تختفى في النهاية، وبالتالي تنطفئ استجابة الخوف الشرطية. ففي
إحدى الدراسات، أعطى العملاء الذين يخافون من الإبر عرضاً ممتداً للمنظر
والشعور بالإبر، الذى تضمن شكات معتدلة للأصابع وحقن بدون أذى وأخذ
عينات من الدم (Ost et al., 1992). وبعد جلسة من ساعتين، تم أخذ عينة دم
مسحوبة بدون خبرة قلق جوهرية لدى تسعة عشر من عشرين عميلاً. وظلت هذه
التأثيرات عند التقويم لمدة سنة.

ومع أن طريقة الغمر هي طريقة فعالة بدرجة مرتفعة في الغالب، إلا أن
الغمر مكافئ، لتعرض العميل المخائف بشكل مباشر للبند المجلب إلى أقصى
درجة للأسى على مدرج التحصين المنهجى. ولذلك، فإن بعض المعالجين
والعملاء يفضلون طرق تعرض أكثر تدريجية، وبصفة خاصة في حالات الأماكن
الواسعة والمشاكل الأخرى التى يكون فيها خوف العميل غير مركز على مثير
معين (Hecker & Thorpe, 1992). ففي التعامل مع الخوف من الأماكن

على سبيل المثال- قد يقدم المعالج تعرضاً تدريجياً بمراقبة العميل
من المنزل لفترات متزايدة وفي النهاية الغمر داخل الأسواق والأماكن
الاجتماعية سابقاً (Zurcher-White, 1997) ويمكن أن يمارس العملاء
طرق تعرض بشكل تدريجى. ويمكن أن تقدم لهم تعليمات. على سبيل
مثال يمكن قضاء وقت أكثر قليلاً كل يوم وأنتم ناظرين إلى صور خاصة
بالحيوانات المخيفة أو قضاء بعض الوقت جالسين وحدهم في حجرة انتظار
أهبتان أو حجرة عمليات. وفي إحدى الدراسات، حقق عملاء يعانون من
متنوعة تقدماً كثيراً بعد ست ساعات من التعليمات بطرق تعرض
التدريجى وذاتى ومن خلال تدريبات (واجب منزلى) يومياً كما
تلك الذين تلقوا تسع ساعات إضافية من تعرض تدريجى بمساعدة المعالج
(Alkubaisy et al.,). وقد كان العلاج الذاتى الفعال الذى
يستخدم تعرضاً تدريجياً مقررأ في حالات من اضطراب الهلع
(Hecker et al.,) واضطراب الوسواس القهرى (Fritzler et al.,)

إشتراط المنفر Aversive Conditioning :

كثير من السلوكيات غير المرغوب فيها تكون معتادة وثابتة مؤقتاً
لأنها يجب أن تكون أقل جاذبية إذا كان أمام العميل أية فرصة لبدائل
أفضل أخرى. وتُعرف الطرق الخاصة بتقليل جاذبية مثيرات معينة بالاشتراط
المنفر، لأنها تستخدم مبادئ الإشتراط الكلاسيكى لربط الأسى البدنى أو
النفسى بالسلوكيات وبالأفكات أو بالمواقف التى يرغب العميل فى إيقافها أو
تجنبها.

يعنون العلاج؟ هل فشلت جميع الطرق الأخرى؟ هل وافقت لجنة آداب
على تلك الإجراءات بعد العرض عليها؟ وهل وافق العميل أو قريب
على العلاج؟ (Kazdin, 1994).

التحليل الوظيفي للعلاج السلوكي

العلاج السلوكي هو عبارة عن شخصان جالسان في مكتب يتحدثان مع
الآخر. أحدهما عميل لديه مشاكل تحدث في الحياة اليومية. والعميل
يخرج خارجي يأتي متطوعاً للجلسة ويدفع لوقت المعالج، والشخص الآخر
المعالج الذي لا يلاحظ العميل خارج الجلسة ولا يتحكم في الإحتمالات
في حياة العميل اليومية. ومهمة المعالج هي مساعدة العميل للعمل
تؤثر على نحو مفضل في سلوك الحياة اليومية. ويُعرف الموقف كعلاج
خارجي لراشد.

يتطلب التحليل الوظيفي للعلاج السلوكي أن نفسر للعميل والمعالج
ما يعملوه خلال الجلسة وكذلك كيف أن هذه النشاطات تساعد العميل في
الحياة اليومية.

ماذا يفعل المعالج والعميل؟

يتكون العلاج السلوكي النمطي من طلب العميل لمساعدة خاصة لنمط
من المشاكل، ويعمل المعالج تقييماً وعلاجاً، ويتفاعل العميل مع ما يعملوه
المعالج، ويحدث قدراً من العطاء والأخذ في العملية العلاجية، ويُعرف المسمى
باعتباره التفاعل بين العميل والمعالج.

ويبدأ العلاج السلوكي لمريض خارجي راشد مع العميل الذي يبادر
بطلب العلاج، والذي يشمل قراراً بالسعي إلى العلاج، وإنتقاء معالج، وتقديم

وتسمى أحد أشكال الإشتراط المنفر بالتحصين الكامن Covert
sensitization، التي تعمل بطريقة عكس التحصين المنهجي. ويرى العميل
بداية المشير أو الموقف الذي يعمل بشكل أقل جاذبية وبعد ذلك يتم تعريضه
لمشيرات مرعبة أو باعثة على الإشتزاز. على سبيل المثال، كان التحصين
الكامن يُستخدم لعلاج رجل قبض عليه مراراً لعمل مكالمات تليفونية فاحشة.
وعند تخيل عمل مكالمة فاحشة، سمع العميل وصفاً واضحاً لمخاوفه العظيمة:
الشعابين، والقيء والاختناق. وفي النهاية طُلب منه أن يتخيل أمه تدخل عليه
خلال مكالمته. وبعد شهر من العلاج لم يعد يستشار جنسياً عن طريق أفكار
خاصة بعمل مكالمات فاحشة. وحتى بعد عامين لا زال متوقفاً عن أية مكالمات
فاحشة (Moergen et al., 1990)

العقاب Punishment :

أحياناً تكون الطريقة الوحيدة لاستئصال سلوك خطير أو غير متسق هي
العقاب بمثير غير سار ولكنه مؤذي، مثل الصياح (لا) أو صدمة كهربائية
خفيفة. وعلى خلاف الإشتراط المنفر، الذي يقدم فيه مثير غير سار يحدث
متوازياً مع السلوك الذي نريد إستئصاله (مجال الإشتراط الكلاسيكي).
والعقاب هو أحد تقنيات الإشتراط الإجرائي، حيث يظهر المثير غير السار بعد
أن تحدث الإستجابة غير المرغوب فيها (ورغم أن العقاب واضح تكتيكياً، إلا
أن الطريقتين تتداخلان). وقبل أن يستخدم المعالجون السلوكيون العقاب (على
سبيل المثال، صدمة كهربائية ممكنة) مع عملاء خارج المؤسسات - أطفال أو
راشدون مصابون - يجب أن يأخذوا في الاعتبار خطوطاً إرشادية معينة قائمة
على إعتبارات شرعية ومهنية. ومن هذه الاعتبارات مايلي: هل حياة العميل

هل يكون العلاج؟ هل فشلت جميع الطرق الأخرى؟ هل وافقت لجنة آداب
على تلك الإجراءات بعد العرض عليها؟ وهل وافق العميل أو قريب
له على العلاج؟ (Kazdin, 1994).

التحليل الوظيفي للعلاج السلوكي

العلاج السلوكي هو عبارة عن شخصان جالسان في مكتب يتحدثان مع
بعضهما الآخر. أحدهما عميل لديه مشاكل تحدث في الحياة اليومية. والعميل
بعض خارجي يأتي متطوعاً للجلسة ويدفع لوقت المعالج، والشخص الآخر
المعالج الذي لا يلاحظ العميل خارج الجلسة ولا يتحكم في الإحتصالات
بإرادة في حياة العميل اليومية. ومهمة المعالج هي مساعدة العميل للعمل
على أن يؤثر على نحو مفضل في سلوك الحياة اليومية. ويُعرف الموقف كعلاج
خارجي لراشد.

ويتطلب التحليل الوظيفي للعلاج السلوكي أن نفسر للعميل والمعالج
ما يعملونه خلال الجلسة وكذلك كيف أن هذه النشاطات تساعد العميل في
الحياة اليومية.

ماذا يفعل المعالج والعميل؟

يتكون العلاج السلوكي النمطي من طلب العميل لمساعدة خاصة لنمط
بعض من المشاكل، ويعمل المعالج تقييماً وعلاجاً، ويتفاعل العميل مع ما يعمل
المعالج. ويحدث قدرًا من العطاء والأخذ في العملية العلاجية، ويُعرف المسمى
الكلّي باعتباره التفاعل بين العميل والمعالج.

ويبدأ العلاج السلوكي لمرضى خارجي راشد مع العميل الذي يبادر
العلاج، والذي يشمل قراراً بالسعي إلى العلاج، وانتقاء معالج، وتقديم

وتسمى أحد أشكال الإشتراط المنفر بالتحصين الكامن Covert
sensitization، التي تعمل بطريقة عكس التحصين المنهجي. ويرى العميل
بداية المثير أو الموقف الذي يعمل بشكل أقل جاذبية وبعد ذلك يتم تعريضه
لمثيرات مرعبة أو باعثة على الإشتزاز. على سبيل المثال، كان التحصين
الكامن يُستخدم لعلاج رجل قبض عليه مراراً لعمل مكالمات تليفونية فاحشة.
وعند تخيل عمل مكالمات فاحشة، سمع العميل وصفاً واضحاً لمخاوفه العظيمة:
الشعابين، والقيء، والاختناق. وفي النهاية طلب منه أن يتخيل أمه تدخل عليه
خلال مكالمات. وبعد شهر من العلاج لم يعد يستشار جنسياً عن طريق أفكار
خاصة بعمل مكالمات فاحشة. وحتى بعد عامين لا زال متوقفاً عن أية مكالمات
فاحشة (Moergen et al., 1990)

العقاب Punishment :

أحياناً تكون الطريقة الوحيدة لاستئصال سلوك خطير أو غير متسق هي
العقاب بمثير غير سار ولكنه مؤذي، مثل الصباح (لا) أو صدمة كهربائية
خفيفة. وعلى خلاف الإشتراط المنفر، الذي يقدم فيه مثير غير سار يحدث
متوازياً مع السلوك الذي نريد إستئصاله (مجال الإشتراط الكلاسيكي).
والعقاب هو أحد تقنيات الإشتراط الإجرائي، حيث يظهر المثير غير السار بعد
أن تحدث الإستجابة غير المرغوب فيها (ورغم أن العقاب واضح تكتيكياً، إلا
أن الطريقتين تتداخلان). وقبل أن يستخدم المعالجون السلوكيون العقاب (على
سبيل المثال، صدمة كهربائية ممكنة) مع عملاء خارج المؤسسات - أطفال أو
راشدون مصابون - يجب أن يأخذوا في الاعتبار خطوطاً إرشادية معينة قائمة
على إعتبارات شرعية ومهنية. ومن هذه الاعتبارات مايلي: هل حياة العميل

مشكلة، وطلب مساعدة. وسوف نركز تحليلنا على «طلب المساعدة» Asking for help، ولكن يمكن أن نستخدم على قدر متساو أى حيلة أخرى للعميل الذى يبادر بالعلاج. وتحليلنا بطلب المساعدة سوف يصلح لذلك لتوضيح بعض المضمونات العامة الخاصة بتحليل وظيفي.

وإسجانية لـ...
خلال طلب معلومات (تشمل جميع بيانات وهكذا) بخصوص ما يحدث فى حياته اليومية. ويصنف المعالج السلوكى حينئذ مشكلة العميل (على سبيل المثال، الخوف من الأماكن الواسعة، الأسى الزوجي، مشاكل الغضب، الاكتئاب، نقص المهارات التوكيدية)، ويتفق علاج يطبقه. وفى حالة عميل بتاريخ ذى قيمة سطحية، فإن إهمال المعالج السلوكى لتحليل السلوك اللفظي للعميل والنظر إليه فى سياق العلاقة بين العميل والمعالج يكون ذا عاقبة قليلة.

ثانياً: وعلى النقيض لتاريخ القيمة السطحية، يوجد عملاء يكون «طلبهم للمساعدة» بسبب مشكلة قد كان مدعماً فى الماضى بتجنب مراقف سلبية غير متعلقة أو وسيلة لاكتشاف ما يشعرون وما يريدون حقيقة. فى هذه الحالة، لا تكون المشكلة المقدمة للمعالج السلوكى هى مشكلة العميل اليومية الأكثر أهمية. على سبيل المثال، عميل يطلب المساعدة فى إنقاذ زواجه قد يرغب حقيقة فى إنهاء الزواج، وقد لا يكون قادراً حتى بالاعتراف بهذا الشأن لنفسه. وفى مثل هذه الحالات لا يمكن أخذ السلوك اللفظي الخاص «بطلب المساعدة» بالنسبة لمشكلة خاصة عند قيمة سطحية. فهؤلاء العملاء يحتاجون إلى مساعدة، ولكن ليس للمشكلة المقدمة. وفى هذه الحالات، قد يكون لميل المعالجين السلوكيين

مشكلة، وطلب مساعدة. وسوف نركز تحليلنا على «طلب المساعدة» Asking for help، ولكن يمكن أن نستخدم على قدر متساو أى حيلة أخرى للعميل الذى يبادر بالعلاج. وتحليلنا بطلب المساعدة سوف يصلح لذلك لتوضيح بعض المضمونات العامة الخاصة بتحليل وظيفي.

يحضر عميلاً لطلب المساعدة. أى، يرى «طلب المساعدة» نفسه كسلوك يحتاج إلى أن يُفسر. ومن المحتمل أنه توجد أنواع كثيرة مختلفة من تواريخ العميل المتعلقة «بطلب المساعدة» كما يوجد عملاء. وسوف نصف أنماطاً عديدة لسلوك لتوضيح المضمونات الخاصة بتحليلنا. وبالنسبة لكل من هذه الحالات، نطمح أن نزعم أنه توجد مشاكل يومية تجلب الأسى.

أولاً: يوجد عملاء لديهم «طلب مساعدة» بالنسبة لمشكلة خاصة فى الماضى، قد كان مدعماً حقيقة المساعدة بشأن تلك المشاكل. ومن المحتمل أن هذا التاريخ تضمن خبرات الطفولة مع الوالدين الذين كانوا جيدين فى تقديم المساعدة كلما طُلبت، وفيما بعد، خبرات مماثلة مع الأصدقاء، ورجال الدين، والأصدقاء يمكن أن تكون متعلقة كذلك. وفى «طلب المساعدة» يعمل العملاء تجاه المعالج السلوكى بطريقة تشبه علاقات ماضية مماثلة، إنه تفاعل اجتماعي ومظهر للعلاقة بين المعالج والعميل. وسوف نطلق على هذا النمط من التاريخ «تاريخ القيمة السطحية» Face Value history.

ولا يميل المعالجون السلوكيون إلى الانتباه كثيراً «لطلب المساعدة» للعميل كسلوك يجب تحليله، أو للعلاقة بين العميل والمعالج كقضايا مركزية وهكذا، فإن «طلب المساعدة» يحتمل أن لا يؤخذ فى الاعتبار بلغة تاريخية أ

تجنب النظر إلى «الطلب» كسلوك يعطى للتحليل تأثيرات ضارة. ولا يحتمل أن تكون تدخلات العلاج السلوكي المنتقاة ملائمة، وسيكون التحسن إلى أدنى حد.

ثالثاً: غط آخر من تاريخ قيمة غير سطحية يمكن أن يؤدي بالعميل إلى «طلب المساعدة» للأعضاء على أن يكونوا «الطلب» في سياق التي تؤدي إلى هذا النمط من طلب المساعدة والدين أو مقدمي رعاية آخرين أعطوا انتباهاً ورعاية فقط حينما كان العميل مختلاً طلب المساعدة. ويستمر العميل في الإقتراب من العلاقات بهذه الطريقة، التي تشمل العلاقة بين العميل والمعالج. ويعرف هؤلاء العملاء أحياناً باعتبارهم شخصيات تتضمن مشاكلهم اليومية اعتماداً مفرطاً على الآخرين. وتكون الأعراض القادمة، مثل القلق أو الاكتئاب، متعلقة بشكل غير مباشر فقط بمشكلاتهم اليومية الرئيسية. وفي هذه الحالة، قد يقوى المعالج السلوكي بطريقة غافلة السلوك المثير للمشاكل إذا فشل في فهم أن العلاقة بين العميل والمعالج لها خواص تشير نفس السلوك الذي يحدث في علاقات أخرى تشير المشاكل.

وقبل الطبيعة التعليمية لبرنامج تدخلات المعالج السلوكي إلى إثارة تأثيرات هامة غير مقصودة. على سبيل المثال، قد يكون للعملاء الذين يحتاجون للمساعدة بسبب الاكتئاب عيوب خطيرة في قدراتهم على تكوين علاقات ودودة. وقد تكون مشاكل عدم الود متشعبة لأن هؤلاء العملاء قد تجنبوا مثل هذه العلاقات وكانوا محرومين من الفرصة لتنمية سلوك أفضل خاص بالود. والعلاجات غير اللفظية التي تؤكد على العلاقة بين المعالج والعميل قد تقدم مثل هذه الفرصة، ولكن العميل قد يتجنب مثل هذا العلاج

لنفس السبب بأن العلاقات الودودة متجنبة في الحياة اليومية. ومن ناحية أخرى، فإن مثل هؤلاء العملاء قد يكونوا منجذبين إلى ويبقون في العلاج السلوكي لأن طبيعته التعليمية ونقصه النسبي في التركيز على العلاقة بين المعالج والعميل لا تشير القلق البينشخصي. وفي هذه الحالة، قد يتجنب العميل الود بأن يكون سميلاً جيداً يسبح أحضاب الموصوفه بدمج. ويهدد الطريقة يدعم المعالج السلوكي بشكل غافل تجنب الود.

ب) العلاقة العلاجية في العلاج السلوكي:

يخفض التحليل الوظيفي للعلاج السلوكي دلالة نواح معينة من العلاقة العلاجية. فبصفة خاصة، نجد أن العلاقة العلاجية هي بيئة يمكن أن تستثير السلوكيات المتعلقة إكلينيكيًا- المشاكل اليومية للعميل (والتحسنات) التي تحدث في الواقع خلال الجلسة في العلاقة بالمعالج (Kohlenberg & Tsai, 1991). ويمكن لنشاطات المعالج الخاصة «بعمل علاج» أن تقوى أو تضعف على نحو غافل هذه السلوكيات التي تشير المشاكل.

ونادراً ما ذكرت هذه النواحي الخاصة بالعلاقة العلاجية بواسطة معالج سلوكي. وفي مراجع العلاج السلوكي الأصلية، يتم تناول موضوع العلاقة العلاجية بطريقة سريعة إذا ماحدث على الإطلاق (Nelson & Barlow, 1981; Wilson & O'Leary, 1980).

وتشمل بعض الاستثناءات الملحوظة جولد فرايد (Goldfried, 1982) وجولد فرايد ودافيسون (Goldfried & Davison, 1976)، وأكثر حداثة سافران (Safran, 1990, a, b). وسوف تتم مناقشة آراء «سافران» و«سافران وسيجال» فيما بعد في المناقشة الخاصة بالتحليل الوظيفي للسلوك المعرفي.

نحو هام على «الوعي الشعوري» Conscious awareness والخاص بالعلاقة بين المثيرات الشرطية وغير الشرطية. ولأن أجناس أخرى لا تملك فيسا يُزعم مثل هذا الوعي الشعوري، فإنها يمكن أن تضلل بافتراض أن ماهو حقيقى عن الإشتراط الحيوانى هو حقيقى عن الإشتراط البشرى. والدور الهام الذى يلعبه الإشتراط فى الحياة النفسية للإنسان هو أن يحدد ما نعتد به كأشكال من السلوك. فغالباً ما نرى أن الإشتراط والإنطفاء يحدثان بطرق ميكانيكية نوعاً ما تعتمد شكل منفرد على العلاقة الموضوعية بين المثيرات والإستجابات.

ولقد رأينا تحديداً أن الأداء البشرى فى دراسات المعمل الخاصة بالإشتراط من المحتمل أنها تعتمد إلى حد كبير على الوعي الشعوري أكثر مما يعترف به المعالجون السلوكيون. ومن المحتمل أن نفس الشيء حقيقى بالنسبة للأشكال المتنوعة من العلاج الإكلينيكي المؤيد بواسطة المعالجين السلوكيين. على سبيل المثال، يدعى المعالجون السلوكيون بأن التحصين المنهجي ينجح لأن المرضى يتعلمون أن يربطوا بين المثيرات المتعلقة بالرهاب وبين استجابة غير متناغمة مع استجابة الخوف (هذا هو الإشتراط المتعاكس Counterconditioning). والدليل على أن هذا ليس هو القصة الكاملة، تم الحصول عليه بواسطة ليك (Lick, 1975). لقد أقنع مرضاه بأنه كان يقدم لهم مثيرات خاصة بمخافة أصغر من أن تدرك (أى، مثيرات تحت عتبة الوعي الشعوري)، وأن تكرار هذه المثيرات خفض ردود الفعل الفسيولوجية الخاصة بالخوف. وفى الحقيقة لم يقدم أى مثيرات، وكانت التغذية الراجعة الخاصة بالإستجابات الفسيولوجية مزيفة!

ومن الواضح إلى أدنى حد أن نموذج الإشتراط الحيوانى المستخدم بواسطة المعالجين السلوكيين يقدم تفسيراً للعمليات المتضمنة فى الإشتراط الإنسانى

والعمليات التى وراء التحسن خلال العلاج السلوكى. وبالإضافة إلى ذلك، فإن فكرة أن معظم المرض العقلى يحدث كنتيجة لتاريخ الإشتراط سىء التكيف مشكوك فيها بدرجة مرتفعة لأسباب متنوعة، تشمل:

- ١- أن حقيقة أن العوامل الوراثية تعرض لأشكال كثيرة من المرض العقلى تبطل مجالا بينيا محصا نمو المرض العقلى.
- ٢- أن الفحص المفصل لتاريخ الحياة السابقة للمرضى يفشل جداً فى الغالب فى إكتشاف خبرات الإشتراط المتنبىء بها. على سبيل المثال، تنمو الرهابات على نحو مزعوم بسبب خبرات غير سارة مثيرة للخوف فى وجود مثيرات تتعلق بالرهاب. ومع ذلك، فإن ٥٠٪ فقط على نحو التقريب من المرضى الرهابيين يزعمون أنه قد كان لديهم أى من مثل هذه الخبرات (Keuthen, 1980).

رابعة: العلاجات المعرفية

Cognitive Therapies

شهدت السنوات الحديثة زيادة أساسية في استخدام ما يُعرف عموماً بالعلاج المعرفي. فمفهومه، الذي قد يكون له كلاً من الجوانب النظرية والتطبيقية، قد أصبح أكثر وضوحاً. الإكلينيكيين، هما ألبرت إليس A. Ellis وأرون بيك A. Beck. ومع ذلك، فإن آراء ألبرت باندورا A. Bandura قد كانت مؤثرة إلى أقصى حد في ابتكار العلاج المعرفي.

فمن ناحية الجوهر، يزعم المعالجين المعرفيين أن العمليات والأبنية المعرفية - على سبيل المثال، التوقعات والاعتقادات، والذكريات طويلة المدى - لها تأثير دال على السلوك. ويُفترض كذلك أن وجود عمليات وأبنية معرفية سلبية أو محدضة للذات يكون عنصراً هاماً في كثير من الإضطراب العقلي (على سبيل المثال، القلق، والاكتئاب). وتغيير هذه العمليات والأبنية لدى المرضى يجعلهم يشبهون أولئك الأفراد الأسوياء، وهذا هو الهدف الأساسي للعلاج المعرفي.

أوجه الاتفاق والاختلاف بين العلاج المعرفي والعلاجات الأخرى:

بالرغم من أن العلاج المعرفي هو ابتكار حديث نسبياً، وقد أصبح شائعاً فقط في السنوات العشرين الماضية، فإنه يماثل بوضوح في بعض النواحي الأشكال الأقدم للعلاج والرأي بأن التغيير المعرفي يمكن أن يؤدي إلى تغيير سلوكي وإلى شفاء يشبه مجال التحليل النفسي. ورغم ذلك، توجد فروق رئيسية، تتمثل في:

١- يهتم المعالجون المعرفيون أساساً بالإهتمامات والاعتقادات الحالية الخاصة بالمرضى، في حين أن المحللين النفسيين يهتمون بخبرات الطفولة بشكل أساسي.

٢- أن المعالجين المعرفيين أقل إهتماماً من المحللين النفسيين في إرتياد فكرة أن المعلومات - خاصة ما يتعلق بالماضي - هي شرط أساسي للشفاء. كما يشبه العلاج المعرفي العلاج السلوكي في بعض النواحي. على سبيل المثال، عمل ألبرت باندورا A. Bandura مساهمات أساسية للعلاج المعرفي حتى مع أنه بزغ من التقليد السلوكي. فيوافق المعالجون المعرفيون والسلوكيون على أن العلاج يجب أن يركز على تغيير ما يظن وما يفعل المريض في الوقت الحالي أكثر من التركيز على تاريخه الماضي. كما يوافقون على أهمية تغيير سلوك المريض إذا ما كان للشفاء أن يتم. وبكلمات بيك وزملائه (Beck et al., 1979:649) «العمل ضد الافتراض هو الطريقة الأعظم قوة لتغييره». وبالرغم من نقاط الاتفاق هذه، فتوجد بعض الفروق الأساسية. فالمعالجون المعرفيون أكثر إهتماماً من المعالجين السلوكيين على المستوى النظري، حيث أنهم لا يعتقدون أن مبادئ الاشتراط تقدم أساساً مناسباً للعلاج.

وفيما يلي سوف نلقى الضوء على العلاجات المعرفية متمثلة في العلاج المعرفي لدى «بيك» والعلاج المعرفي لدى «إليس»، والعلاج السلوكي المعرفي لدى «ميكتسوم»، ثم نلقى الضوء على التحليل الوظيفي للعلاج المعرفي، ونختتم هذا الفصل بتقويم العلاج المعرفي.

١ - العلاج المعرفى لببيك

Beck Cognitive Therapy

غالباً ما يستخدم المعالجون العلاج المعرفى «لببيك» فى علاج الحالات .
تتضمن الاكتئاب واضطرابات القلق، حيث يهدف هذا العلاج إلى إعادة بناء
المعرفى لدى المريض (Beck, 1976, 1993).

نظرة ببيك للمرض النفسى:

يبنى «بيك» مجاله على فكرة أن النماذج المعرفية السلبية تُدعم عن
طريق الأخطاء والمعتقدات المنطقية والخطئة، مثل «لا أستطيع عمل أى شئ»
صائب»، أو عن طريق الأفكار التى تقلل إلى أدنى حد قيمة إنجازات الفرد،
مثل «أى فرد يمكن أن يفعل ذلك»، وتؤدى مثل هذه الأفكار والمعتقدات إلى
تقدير ذات منخفض وإكتئاب وقلق .

كما يجادل «بيك» بأن مريض الاكتئاب لديه ثالوث معرفى، يتمثل فى
الآتى:

(١) وجود أفكار سلبية عن الذات .

(٢) وجود أفكار سلبية عن المستقبل .

(٣) وجود أفكار سلبية عن المستقبل .

فالمريض المكتئب ينظر غمطياً إلى نفسه كعاجز، وعديم القيمة، وغير
كفؤ. ويفسر الأحداث فى العالم بشكل غير مُبرر وانهزامى، ويرى العالم
كواضع لعقبات لا تُقهر. والجزء النهائى للثالوث المعرفى يتضمن رؤية الشخص
المكتئب للمستقبل باعتباره يائساً تماماً، لأن عدم قيمته سوف يمنع أى تحسن
من الحدوث .

والمريض المكتئب ستكون لديه فى الغالب أفكاراً سلبية تحدث على نحو
سريع إلى حد أن المريض قد يكون من النادر أن يكون واعياً بوجودها. وطبقاً
«لببيك»، فإن هذه الأفكار التلقائية Automatic thoughts تلعب دوراً هاماً
فى بقاء الحالة المكتئبة .

وبالإضافة إلى الثالوث المعرفى، فإن الناس المكتئبين يعملون عدداً من
الأخطاء فى المنطق فى تفكيرهم. وتحدد الأخطاء فى المنطق بواسطة ببيك كما
يلى :

١ - استدلال تعسفى Arbitrary inference : الوصول إلى إستنتاج
لا يُدعم حقيقة بالدليل .

٢ - التجريد الانتقائى Selective abstraction : التأكيد على ناحية
صغيرة واحدة من موقف مع تجاهل كل النواحي الأخرى .

٣ - الشخصانية Personalisation : تحمل المسؤولية لأحداث سلبية
لا تكون فى الواقع غلطة الفرد .

٤ - التعظيم والتصغير Magnification and mininised : تعظيم
أحداث سلبية صغرى وتصغير أحداث إيجابية كبرى.

٥ - المبالغة فى التعميم Over - generalisation : عمل إستنتاجات
عامة عن قيمة الفرد على أساس من دليل محدود جداً.

ويوجد دليل تجريبى وإكلينيكى جدير بالاعتبار يشير إلى أن تشوهات
التفكير المحدودة بواسطة «بيك» تميز على نحو نمطى الأفراد المكتئبين (Beck
& Clark, 1988) .

العلاج المعرفى لبيك :

العلاج المعرفى هو مجال منظم لحل المشكلة التى يساعد فيها المعالج المريض على تغيير الأفكار والمعتقدات تعتبر بمثابة فروض يتم اختبارها أكثر من قبولها على نحو قاطع. وطبقاً لذلك، فإن المعالج والعميل يأخذان دور «الفاحص» وينميان طرقاً لاختبار المعتقدات، مثل «لا أستطيع إطلاقاً عمل أى شىء صحيح». على سبيل المثال، قد يوافقان على مهام يقوم بها العميل بإعتبارها «عمل منزلى»، مثل إكمال مشروع منزلى متأخر أو مقابلة عار جديد. ويقدم النجاح فى إكمال هذه المهام دليلاً ملموساً يسمح للعميل بتحدى المعتقدات الخاطئة التى تسبب القلق والاكتئاب ومن ثم المساعدة على تخفيض حدة هذه المشاكل (Beck et al., 1979).

وهكذا نجد أن أحد الأهداف الرئيسية للعلاج المعرفى هى تغيير نماذج تفكير المريض المكتسب المشوهة وانهزامية الذات (والأفكار التلقائية) فى اتجاه أكثر إيجابية وواقعية. ويعمل هذا جزئياً بجعل المعالج يتحدى فروض المريض، ويقدم مجادلات عن السبب فى أنه يجب أن يتبنى افتراضات أكثر إيجابية عن نفسه وعن العالم وعن المستقبل. ويمكن أن يتضمن هذا تدريباً على إعادة العزو، الذى يبين فيه المعالج العوامل المتنوعة وليس عدم قيمة المريض الذى ساهم فى الخبرات السلبية للمريض.

ويستخدم المعالجون المعرفيون سلسلة من التقنيات الإضافية من أجل تغيير الطرق السلبية فى التفكير. وأحد الأمثلة هو زيادة «النشاط»، الذى يُكافئ فيه المريض على أنه أصبح منغمساً فى نشاط أكثر. ومثال آخر هو «تخصيص مهام متدرجة»، يُكافئ فيها المريض على السلوك بشكل إيجابى أكثر على نحو تقدمى.

تقويم العلاج المعرفى لبيك :

إلى أى مدى يكون العلاج المعرفى ناجحاً فى علاج الاكتئاب؟

تم الحصول على دليل بالنسبة لفاعلية العلاج المعرفى فى دراسة على نطاق واسع بواسطة ألكين وزملائه (Elkin et al., 1986). وكانت توجد أربع مجموعات من المرضى مصابين باكتئاب أحادى القطبية: تلقت المجموعة الأولى علاجاً معرفياً، وتلقت المجموعة الثانية عقاقيراً ثلاثية المفعول، وتلقت المجموعة الثالثة دواء وهمى Placebo، وتلقت المجموعة الرابعة علاج بينشخصى والذى قدم تدريباً على حل الصراعات البينشخصية. وقد إتضح أنه تم شفاء أكثر من ٥٠٪ من المرضى فى مجموعات العلاج المعرفى والعلاج البينشخصى والعلاج بالعقاقير مقارنة بـ ٢٩٪ فقط فى مجموعة العقاقير الرومية الضابطة.

وبالرغم من نجاح المجال المعرفى للاكتئاب، فإنه لا يقدم تفسيراً كاملاً، على سبيل المثال، يكون العلاج بالعقاقير فعالاً على نحو معقول فى علاج المرضى المكتئبين بالرغم من حقيقة أنه لم تعمل محاولة لتغيير البناء المعرفى، ويوحى هذا بأن الاكتئاب (وعلاجه) يتضمن عمليات جسمية ليس لها علاقة مباشرة بالنظام المعرفى.

٢- العلاج العقلانى / الانفعالى

Rational - Emotive Therapy

النظرة للإنسان :

وضع هذه النظرية فى العلاج العقلانى الانفعالى ألبرت إليس A.Ellis الذى بدأ عام (١٩٥٤) طريقه نحو أسلوب منطقي للعلاج النفسى، وذلك تأسيساً على نموذج فلسفى أكثر منه على نموذج نفسى. وتركز نظرية «إليس»

فى العلاج العقلاني الانفعالي للإنسان فى أن هناك تشابكاً بين العاطفة والعقل أو التفكير والمشاعر. ويركز العلاج العقلاني الانفعالي على أن البشر يشعرون ويشعرون ويتصرفون بشكل متآن (أى فى نفس الوقت) وهم نادراً ما يفعلون شيئاً غير ذلك. (إليس، ١٩٩٤: ٩٦).

النظرة للمرض :

تتمثل نظرة «إليس» للمرض أو الاضطراب مع نظرة «بيك» للمرض. فيجادل «إليس» بأن المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق لديهم «بل كبير لأن يعتقدوا إعتقادات غير منطقية يرفضها معظم الناس الأسوياء، والدليل الجيد على ذلك هو حقاً الحالة التى حصل عليها نيومارك وزملاؤه (Newmark et al., 1973) الذين وجدوا أن ٦٥٪ من مرضى القلق (و٢٪ فقط من الأسوياء) وافقوا على العبارة «من المهم أن يحب الفرد أو يُستحسن بواسطة كل فرد فى مجتمعه فى الواقع». والعبارة «يجب على الفرد أن يكون كمالياً تماماً، وكفى ونأجاً ليعتبر نفسه ذا قيمة»، قد دُيِّمَ بواسطة ٨٠٪ من مرضى القلق مقارنة بـ ٢٥٪ من الأسوياء.

العلاج العقلاني الانفعالي :

بداية يهدف أسلوب «إليس» فى العلاج إلى تحديد أفكار انهزام الذات Self - defeating، مثل «يجب أن أكون كفواً إلى حد الكمال، وإفياً بالمر

وساعياً إلى أن أكون ذا شأن». وبعد أن يتعلم العميل تبين أفكار مثل هذه ويرى كيف أنها تسبب المشاكل، فإن المعالج يستخدم النمذجة والتشجيع والمنطق لمساعدة العميل على استبدال هذه الأفكار بأفكار أكثر واقعية ونفعاً. وقد لخص «إليس» (Ellis, 1978) هذا المحال العلاجى على النحو

التالى :

يُعلم العميل بشكل هادئ ومنطق وقوى أنه من الأفضل أن يتوقف عن إخبار نفسه بالهراء Nonsense ويقبل الحقيقة، ويتوقف عن إدانة نفسه والآخرين، ويتشبه بنشاط إلى جعل نفسه سعيداً بقدر ما يستطيع فى عالم بعيد عن المثالية... وإذا أراد أن يكون مضطرباً إلى أدنى حد وسليماً إلى أقصى حد، فمن الممكن أن يستبدل حكمه المطلق «إنه رهيب» بكلمتين أخريتين لا ينطق بهما كالبغضاء ولكن يفكر فيهما بشكل قاطع ويقبلهما - أسمى، «سء جداً» أو «نقطة حادة».

وفيما يلى، ستقدم جزءاً من جلسة علاج عقلاني / إنفعالي مع امرأة تبلغ من العمر ٣٩ عاماً، عانت من نوبات هلع. ولقد قالت «أنه سيكون مرعباً إذا ما وقعت لها نوبة فى مطعم وأن الناس لابد أن يكونوا قادرين على ضبط أنفسهم».

المعالج: ... الحقيقة أن الوجوب Shoulds والضرورة Musts هى القواعد التى يقدمها الناس لنا، نحن ننمو قابلين لها كما لو كانت الحق المطلق، وهى بالتأكيد ليست كذلك.

العميل: هل تعنى الخير بشكل كامل لى، هل تعرف الإغماء فى المطعم؟

المعالج: بالتأكيد !

العميل: ولكن.. أنا أعرف أنني لأريدها أن تحدث.

ميكنيوم مجموعة من المراجع حول الإرشاد والعلاج السلوكي. وكذلك
طريقته التي إشتهر بها، التحصين ضد الضغوط النفسية Stress
inoculation (محمد الشناوي، ١٩٩٤: ١٢٣).

النظرة إلى الاضطرابات :

يفترض أنصار هذا المجال أن المشاعر السلبية والسلوكيات سيئة التكيف
هي نتيجة تشويهاً في التفكير. وينظر هذا المجال إلى المعارف باعتبارها
سلوكيات كامنة والتي تتفاعل مع كل من الانفعالات والسلوكيات الصريحة
وتؤثر في الأداء الإنساني .

وتعتبر الاضطرابات مثل القلق والرهابات والاكتئاب أساساً كاضطرابات
في التفكير، تنتج حينما يركز الفرد على نواح سلبية من المواقف في حين
يتجاهل أو يهمل ملامحاً بارزة أخرى. وبهذه الطريقة، يفقد الفرد الموضوعية
ويشوه الحقيقة. ونتيجة لهذه التشوهات تضعف قدرة الفرد على تضمين
استجابات سلوكية للموقف، مما يضعه في مخاطرة من العمل بطريقة إما مفرطة
أو منخفضة في الانضباط. وهكذا، فإن الأحكام غير الناضجة والمتطلبة،
ووحيدة الجانب التي تُستخدم لتقييم مواقف تنعكس على رد الفعل لذلك
الموقف .

وعلى مر الوقت تتطور هذه التشويهاً إلى أفكار تلقائية، تكون غير
إرادية، ومن الصعب التخلص منها، وتلقائية من حيث أن الأفكار تستجيب
لمثيرات داخلية وليس لأي حدث خارجي واقعي. وتعتمد الكوكبة الخاصة
بالتشويهاً المعرفية التي قد تكون لدى شخص معين على خبراته الخاصة
بحصوله على صيغ معرفية Cognitive schemas معينة تتزاوج مع مثيرات

المعالج: أستطيع أن أفهم ذلك بالتأكيد. وبالتأكيد، سيكون ذلك غير سار،
ومربك، وغير ملائم. ولكنه غير منطقي الاعتقاد بأنه سيكون مرعباً،
أو ... أنه نوع ما يؤثر في قيمتك كإنسانة .

العميل: ماذا تعني ؟

المعالج: ... إنني أريد أن أقول لك ... إنني أريد أن أقول لك ...
إلى ذلك المطعم. إذا بدأت في الحديث إلى نفسك «أنا قد يصعب الهلع
والإغماء وقد يسخر مني الناس وذلك سيكون مرعباً»، ... وقد تجدي
نفسك مرتعبة من الذهاب إلى المطعم، ومن المحتمل أنك لن تستمتعي
بالوجبة كثيراً جداً .

العميل: حسناً، ذلك هو ما يحدث عادة .

المعالج: ولكن ليس من الضروري أن يكون ذلك ... إن الطريقة التي تتعبرين
بها، رد فعلك ... يعتمد على ماتخترين أن تعتقدينه أو تفكرين فيه،
أو تحدثي به نفسك (Masters et al., 1987) .

٣ - العلاج السلوكي / المعرفي

Cognitive - Behavior Therapy

واضع هذه النظرية هو دونالد دهربرت ميكنيوم D. Meichenbaum، وهو أمريكي الأصل وُلد في مدينة نيويورك عام ١٩٢٠
وحصل على البكالوريوس من كلية المدينة عام ١٩٦٢ ثم التحق بجامعة
إلينوي فحصل على الماجستير عام ١٩٦٥ ودرجة الدكتوراه في علم النفس
الإكلينيكي عام ١٩٦٦، وقد عمل في جامعة ووترلو بكندا منذ عام
١٩٦٦ حيث ما زال يعمل حتى الآن أستاذاً بتلك الجامعة، وقد كتب

مؤذية خاصة، وهكذا تخلق إستهدافات داخل الفرد عند إثارتها. على سبيل المثال، إذا ركز الأفراد على فقد أو هزيمة، فإنها تكون على نحو سلبي مفاهيمهم عن أنفسهم ويبنثهم ومستقبلهم. ونتيجة لذلك تنتقص من قدر أنفسهم أو شأنهم، وقد يرون بينتهم الخارجية باعتبارها قاسية وممانعة، ويرون مستقبلهم كبارد ومظلم بدون أى أمل فى التحسن. وبالتالي، يمكن أن يشعروا عجز واليأس ويستجيبوا للعالم بأن يصبحوا هامدين ومنسحبين .

الغرض من العلاج السلوكى / المعرفى:

ببساطة، يساعد العلاج السلوكى / المعرفى العملاء على تغيير الطريقة التى يفكرون بها وكذلك الطريقة التى يسلكون بها. على سبيل المثال، يعرف بعض العملاء من قبل كيف يكونوا توكيديين Assertive من قبل فى المواقف الاجتماعية ولكنهم يحتاجون إلى تحديد الأفكار المعتادة (مثل، يجب أن لألفت الانتباه إلى نفسى) التى تعوق التعبير عن الذات. وبمجرد أن تأتى هذه العقبات المعرفية إلى الضوء، فإن المعالج يشجع العميل على محاولة استخدام طرق جديدة خاصة تعزز سلوكاً مرغوباً فيه وتمنع الانتكاسة إلى سلوك غير مرغوب فيه (Meichenbaum, 1995) .

وهكذا، فإن الغرض من العلاج السلوكى / المعرفى هو تصحيح هذه التشوهات المعرفية من خلال إعادة تنظيم «حديث الذات» Self - Talk الخاص بالشخص ومن ثم تغيير سلوكه وطبيعة التدعيم المنتقاة من البيئة. وبهذه الطريقة يمكن تمكين العملاء من تقييم مساهماتهم الخاصة فى مشاكلهم وتعليمهم سلوكيات بديلة صحية .

وباستخدام معالج السلوك المعرفى الطريقة التى أيدها بيك (Beck, 1993)، فإنه يتعاون مع العميل لتقويم المساهمة الخاصة بأفكاره للأسى الحالى. ويستخدم المعالج مجالاً سقراطياً فى مناقشة النماذج السلبية من التفكير حتى يتعلم العميل أن يتبين ويلاحظ ويراقب أفكاره التلقائية الخاصة . ويراقب المعالج مسيرات بديهية معرفية وأصول معرفية .

أن تبدو المشاكل غير صالحة للطرق عليها تنخفض إلى نسب قابلة للإدارة. ويمثل النظام الذى ابتكره «ألبرت إليس» فى نواح كثيرة مجال «بيك». ويركز كلاً من المنظرين على المعارف والأفكار باعتبارها سلوكيات قابلة للقياس، كما يعتبر تحدى التشوهات فى التفكير مركزياً لكلا النظامين. والمجال الآخر هو التعديل السلوكى المعرفى الخاص بدونالد ميكنبوم، الذى يقوم كذلك على إعادة البناء المعرفى وفى تعليم مهارات المواجهة مثل التدريب على التحصين ضد الضغط Stress Inoculation Training ، وبذلك يُعرض العميل تدريجياً لمواقف إستقراء الضغط. ويشمل عناصراً مثل إرشادات مباشرة، والتكريرات السلوكية، والتدريب على الإسترخاء، وحل المشكلات. ويتعلم العميل أن يطبق هذه الطريقة للتعامل مع الصعوبات الحالية والمستقبلية .

عملية العلاج :

تشتمل عملية العلاج على ثلاث مراحل أساسية:

المرحلة الأولى: أن يدرك العميل أو يصبح واعياً بسلوكياته غير الملائمة.

المرحلة الثانية: يؤخذ هذا الوعي كمؤشر يولد حديثاً داخلياً معيناً.

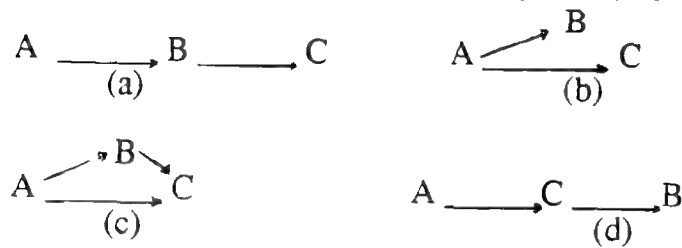
المرحلة الثالثة: يكون هناك تغيير فى طبيعة الحديث الداخلى عن ذلك الذى

كان موجوداً لدى العميل قبل العلاج .

وبالنسبة «إليس» تضمن العلاج الإكلينيكي تفسير النموذج ABC للعملاء. وبعد ذلك مساعدتهم على تغيير B وبذلك لم يعد مختلفاً وظيفياً. وتوجد مشاكل مع نموذج ABC هذا، وطبقاً لذلك، تم تنقيحه (Guidano & Liotti 1983; Beck et al., 1979). ويقترح التحليل الوظيفي، رغم ذلك، أن معالجة العملاء المعرفية قد تكون أكثر فائدة من العلاج الإكلينيكي لصياغة إل ABC ولم تتناول المشاكل بقدر كاف.

١ - المشاكل مع العلاج المعرفي ونموذج إل ABC:

أولاً: يستثنى نموذج إل ABC طرناً بديلة فيها يتصل بعلاقة المعرفة والسلوك ببعضهما. على سبيل المثال، اقترح راسيل وبراندسما (Russell & Brandsma, 1974). إن مشاكل العملاء تبدأ لتضاهى نموذج A-B-C ثم بعد تكرارات عديدة من السياق ABC خلال حياة العميل، فإن الاشتراط الكلاسيكي سوف يتحاشى B. وبكلمات أخرى تصبح A مشيراً شرطياً من الدرجة الثانية يستشير C على نحو مباشر. والإمكانية الأخرى المقترحة بواسطة كلاين (Klein, 1874) هي أن مفهوم الذات السلبي والعجز، ولوم الذات للمريض المكتئب يُنظر إليها على أفضل وجه كنتيجة، أكثر من سبب للحالة. وبكلمات أخرى، يشعر المريض أولاً بالاكئاب وبعد ذلك بالمعارف السلبية



شكل (١) النماذج التي تبين العلاقات بين A (الحدث السابق)، و B (الاعتقاد أو التفكير)، و C (السلوك أو الشعور الناتج): (a) التفكير

وتحدث في هذه المراحل عملية ترجمة من جانب المعالج عن طريق الإنعكاسات والشروح والتأويلات وإعطاء معلومات، وكذلك عن طريق التجربة المعرفية، كما ينخرط العميل خارج العلاج في سلوكيات مواجهة وتعاود يعود ليكررها في الجلسات العلاجية مما ينتج عنها أحداث ذاتية تؤثر على بنيتها المعرفية وعلى سلوكياته. وقد يشتمل العلاج - أيضاً - على (١٢) من ساليب المستخدمة في العلاج السلوكي (محمد الشناوي، ١٩٩٤: ١٢).

التحليل الوظيفي للعلاجات المعرفية

A Functional Analysis of Cognitive Therapies

يعتبر الموضوع المركزي للعلاج المعرفي هو أن المعرفة تُسبب سلوكاً بالياً وأن العلاج يتضمن تغيير المعرفة المختلة وظيفياً Dysfunctional Cognition. وسوف نفحص رأى المعالج المعرفي عن طبيعة العلاقة بين المعرفة - السلوك، والظواهر الإكلينيكية التي تدعم هذا الرأى، وبعض المشاكل النظرية والإكلينيكية التي بزغت. وسوف نرى حينئذ كيف أن صورة محسنة من العلاج المعرفي تنتج من إعتبار الاحتمالات التي تسبب المعرفة المختلة وظيفياً وذلك الذي يسبب العلاقة بين المعرفة والسلوك التالي.

ويوجد اختلاف جدير بالاعتبار في النظرية الأساسية والممارسة الخاصة بالعلاج المعرفي والطريقة التي تُحدد فيها العلاقة بين التفكير والسلوك. على سبيل المثال، قدم «ألبرت إليس» (Ellis, 1962, 1970) - رائد في العلاج المعرفي - فكرة أن أفكار عميل ومشاعره يمكن أن تحللاً باستخدام ABC وفيها تمثل A أحداث بينية خارجية، وتمثل B المعرفة، و C هي العمل الانفعال الناتج (أنظر الشكل ١).

يؤثر في السلوك، و (b) التفكير ليس له تأثير على السلوك و (c)، والتفكير يؤثر على السلوك جزئياً، و (d) السلوك يؤثر على التفكير. كما تشير تقارير العميل إلى نماذج بديلة. والتعليقات مثل «أنت عقلياً أننى لأحتاج لأن أكون مجبوراً بواسطة كل فرد ولكنى لأزال مدماً حينما أكون مدفعياً» تدل على عدم ارتباط B التي لا تتناسب مع الـ C. من ناحية أخرى، فإن بعض العملاء يزعمون أنهم لا يخبرون B التي تسبق المشيرة للمشاكل، مما يشير إلى أن B إما أنها لا توجد وإما أنها لا شعورية. ثانياً: يمكن أن يؤدي النموذج ABC إلى بعض الإجراءات الإكلينيكية المشكوك فيها. على سبيل المثال، إذا اعتقد المعالج المعرفى حقيقة فى الفرض ABC، فإن رفض العميل له يكون تحديداً عن طريق مطلق أو إخلاص العميل المشيرين للشك أو عن طريق أنه توجد مدركات إضافية لا شعورية تُكتشف. كما يمكن أن تكون التحديات غير مباشرة مثل إعطاء واجب منزلى إضافي أو مخصصات لاختبار الفرض فمثل هذا اللاتقبل للنماذج البديلة يوجد فى العلاج المعرفى لبيك (Beck, 1976)، حتى مع أنه يرفض النظرية المتضمنة بالنموذج ABC. على سبيل المثال، اقترح «بيك» أن العملاء الذين يقولون أنهم «يعرفون» بشكل عقلائي أنهم غير تافهين ولكن لا يقبلون هذا على المستوى الانفعالي يحتاجون إلى علاج إنفعالي أكثر لأن المشاعر المختلة وظيفياً يجب أن تحدث فقط حينما «لا يعتقدون حقيقة» فى الفكرة العقلانية (Beck et al., 1979: 302).

وتتضح الحاجة إلى نماذج أكثر مرونة عن طريق الميل إلى معالجين معرفيين (وكذلك أنماط أخرى) تثبت فى مجالهم حتى مع أن العميل لا يتقدم (Kendall et al., 1992) وإذا ما أخذ فى الاعتبار تعقيد السلوك الإنساني،

فإن إستثناءات التفسيرات الوسيطة اللامعرفية المتواجدة كما تتطلب بواسطة ABC تبدو غير معقولة.

علاوة على ذلك، فإن معارضة العميل للتدخلات المعرفية يمكن أن تكون سلوكاً مرغوباً فيه. وإذا كان مثل هذا العميل يبحث عن مساعدة لأن يصير أكثر توكيداً أو أكثر ثقة بالنفس بدراسة، فإن المعارضة يجب أن يعرضه للمعالج ABC ستكون محسناً يحدث فى الجسم الحى فى سياق العلاقة العلاجية. وعلى نحو مثالى، يجب أن يكون هذا التحسن داخل الجلسة مدعماً بقبول المعالج ولا يعاقب عليه عن طريق التحديات.

ثالثاً: إن الدليل المستخدم لمساندة فكرة أن المشاعر والأفعال المختلة وظيفياً الناتجة بواسطة BC منحرف أو غير منطقي أو مرضى يكون مشيراً للمشاكل. ويقارن أحد أنماط أفكار وعزو العملاء بأشخاص أسوياء (المزيد من التفصيل أنظر: Beidel & Turner, 1986). وعلى نحو غير مدهش، يميل العملاء إلى أن يكون لديهم أفكار مختلة وظيفياً أكثر مما يفعل الأسوياء. ومثل هذا البحث يشير للمشاكل لأنه يوضح فقط أن الناس الذين لديهم مشاكل إكلينيكية لديهم كذلك أفكار غير منطقية، ولا يوضح أن الأفكار تُسبب فى الواقع المشاعر الخاصة بالمشاكل. ومن الممكن أن المشاعر المختلة وظيفياً تُسبب المعارف أو أن كلاً من المعارف والمشاعر (الأفعال) تنتج عن طريق متغير ثالث. وتشير بعض البيانات إلى أن الأشخاص المكتئبين قد يقيموا الحقيقة بدقة أكثر من الأسوياء (Krantz, 1985). كما يدعم استعراض حديث للكتابات التجريبية الخاصة بالعلاقة بين الحالات الداخلية والأفعال فكرة أن B (الحالة الداخلية) و C (الفعل) لا يتناغمان أحياناً (Quattrone, 1985).

رابعاً: الصلة بين النظرية والممارسة. فليس من الواضح كيف أن العرض المعرفي يتعلق بكثير من إجراءات العلاج المحدد. لماذا وكيف، على سبيل المثال، يغير الجدال أو الدليل المنطقي بناء معرفياً؟ كيف أن النظرية المعرفية تدعم تأييد «بيك» لجال سقراطى يجب أن يكتشف فيه «إلى أين نذهب؟» (Hollon & Kriss, 1984: 39). «إليس» المباشرة للعملاء أن تكون إعتقادات جديدة حسنة التصرف؟ ماهى المبادئ النظرية المتضمنة فى تفسير تغير معرفى نتيجة لتدرب خاصة بأداء العملاء فى حياتهم اليومية لمراجعة الفروض؟ كيف يساعد حديث العملاء عن معارفهم وعلاقتها بالأعراض على تغيير الأبنية؟ كيف يكون من الممكن الحصول على علاجات معرفية لا تكون ذات معرفة أسمى Metacognitive؟ (Hollon & Kriss, 1984). كيف نتج «خبرة بينشخصية جديدة» فى التفاعل العلاجى سلوكاً جديداً لدى العميل فى الحياة اليومية (Safran, 1990: 111).

ب - الصياغة المنقحة للعلاج المعرفى :

وكخطوة تجاه تحسين النموذج ABC، تحول المعالجون المعرفيون إلى نظرية معرفية أساسية ونقحوا وحددوا بدقة أكثر ما يقصد بـ B (المعرفة) وكيف تتعلق بمشاكل إكلينيكية، والإستخدامات المختلفة للإصطلاح «معرفة». فقد ميز «هولون وكريس» (١٩٨٤) بين المنتجات المعرفية، والأبنية المعرفية (والعمليات المعرفية المرتبطة). فتكون المنتجات المعرفية سلوكيات - آليات - المنال على نحو مباشر وشعورية وخاصة مثل الأفكار والتقارير الذاتية والأفكار التلقائية - أما الأبنية المعرفية - على سبيل المثال - «الصيغ» هى الوحدات الأساسية التنظيمية التى تلعب دوراً نشطاً فى معالجة المعلومات. ومع ذلك،

تعمل الأبنية عند مستوى لاشعورى حيث أن محتواها لا يمكن أن يُعرف مباشرة ولا بد أن يُستدل عليه من المنتجات . وكما تبين بواسطة «هولون وكريس»، فإن هذا التمييز مماثل للفروق بين السطح والأبنية العميقة. وتشير الأبنية السطحية إلى ما يقال (تلفظات واضحة) أو تفكر (تقارير ذاتية كامنة)، فم حين أن الأبنية العميقة تشير ما يقصد. ومن منظور «هولون وكريس»، فإن العامل السببى هو البناء المعرفى، فى حين أن التفكير أو المنتجات المعرفية (الأفكار اللامنتطقية، التقارير الذاتية، الأفكار التلقائية) تكون «علامات أو لمحات خاصة بطبيعة الأبنية الخاصة بمعرفة الفرد» (Hollon & Kriss, 1984: 39). ولذلك يقترح «هولون وكريس» أن أى تدخلات إكلينيكية تغير المنتجات المعرفية هى مجرد معالجات أعراضية Symptomatic treatments. وفى خط مماثل، حذر سافران وزملاؤه (Safran et al., 1986) أن تغيير المنتجات له تأثيرات إكلينيكية محدودة، ويجب أن تُوجه الجهود إلى عمليات «جوهرية». وعلى نحو مطابق، حذر بيك (Beck, 1984) أن الانتكاسة يمكن توقعها مالم تتغير الأبنية المعرفية الأساسية، ويقرر أن فكرة تسبیب الظواهر المعرفية للإكتئاب مستبعدة. وفيما يُزعم، تُعتبر «الظواهر المعرفية» التى رفض بيك عليتها منتجات معرفية، فى حين أن الأبنية أو الصيغ الجوهرية لازال ينظر إليه كعلية . وبالرغم من أن عليية الحقل النظرى للمنتجات المعرفية قد إستبدلت بأبنية، فإن الانتقال المطابق لم يحدث فى المحيط الذى يُمارس فيه العلاج المعرفى. كما أن نفس المعالجون المعرفيون الذين يرفضون الدور العلى للمنتجات المعرفية هم أنفسهم الذين يقدمون كتيبات للعلاج وأمثلة إكلينيكية تركز على تغيير منتجات معرفية. على سبيل المثال، قرر بيك وزملاؤه (Beck et al., 1986) «أن المعالج يجب أن يكون قادراً على أن يوصل بوضوح أن

وأخيراً: الصلة بين النظرية والممارسة. فليس من الواضح كيف أن الممارسة المعرفية تتعلق بكثير من إجراءات العلاج المحدد. لماذا وكيف، على سبيل المثال، يغير الجدال أو الدليل المنطقي بناء معرفياً؟ كيف أن النظرية المعرفية تدعم تأكيد «بيك» لمجال سقراطي يجب أن يكتشف فيه العملاء بأنفسهم فروضهم الأساسية؟ كيف يكون من الملائم لتعليمات «إليس» المباشرة للعملاء أن تكون إعتقادات جديدة حسنة التكيف؟ ماهي المبادئ النظرية المتضمنة في تفسير تغير معرفي نتيجة لتجارب خاصة بأداء العملاء في حياتهم اليومية لمراجعة الفروض؟ كيف يساعد حديث العملاء عن معارفهم وعلاقتها بالأعراض على تغيير الأبنية؟ كيف يكون من الممكن الحصول على علاجات معرفية لا تكون ذات معرفة أسمى Metacognitive (Hollon & Kriss, 1984). كيف تنتج «خبرة بين شخصية جديدة» في التفاعل العلاجي سلوكاً جديداً لدى العميل في الحياة اليومية (Safran, 1990: 111).

ب - الصياغة المنقحة للعلاج المعرفي :

وكخطوة تجاه تحسين النموذج ABC، تحول المعالجون المعرفيون إلى نظرية معرفية أساسية ونقحوا وحددوا بدقة أكثر ما يقصد به B (المعرفة) وكيف تتعلق بمشاكل إكلينيكية، والإستخدامات المختلفة للإصطلاح «معرفة». فقد ميز «هولون وكريس» (١٩٨٤) بين المنتجات المعرفية، والأبنية العرفية (والعمليات المعرفية المرتبطة). فتكون المنتجات المعرفية سلوكيات سهلة المنال على نحو مباشر وشعورية وخاصة مثل الأفكار والتقارير الذاتية والأفكار التلقائية - أما الأبنية المعرفية - على سبيل المثال - «الصيغ» هي الوحدات الأساسية التنظيمية التي تلعب دوراً نشطاً في معالجة المعلومات. ومع ذلك،

يقتد مستوى لاشعوري حيث أن محتواها لا يمكن أن يُعرف مباشرة لذلك عليه من المنتجات .

تتبع هواسطة «هولون وكريس»، فإن هذا التمييز مماثل للفروق بين الأبنية العميقة. وتشير الأبنية السطحية إلى ما يقال (تلفظت) وتفكير (تقارير ذاتية كامنة)، في حين أن الأبنية العميقة تشير إلى «ومن منظور «هولون وكريس»، فإن العامل السببي هو البناء في حين أن التفكير أو المنتجات المعرفية (الأفكار اللامنتظمة، الذاتية، الأفكار التلقائية) تكون «علامات أو لمحات خاصة بطبيعة خاصة بمعرفة الفرد» (Hollon & Kriss, 1984: 39).

ذلك يقترح «هولون وكريس» أن أي تدخلات إكلينيكية تفسيرية للمعرفية هي مجرد معالجات أعراضية Symptomatic treatments. لا مماثل، حذر سافران وزملاؤه (Safran et al., 1986) أن تغييرات له تأثيرات إكلينيكية محدودة، ويجب أن تُوجه الجهود إلى «جوهريّة». وعلى نحو مطابق، حذر بيك (Beck, 1984) أن «الأساسية يمكن توقعها مالم تتغير الأبنية المعرفية الأساسية، ويقرر أن فكرة «الظواهر المعرفية للإكتئاب مستبعدة. وفيما يُزعم، تُعتبر «الظواهر الجوهريّة» التي رفض بيك عليها منتجات معرفية، في حين أن الأبنية أو الجوهريّة لا زال ينظر إليه كعلية .

وبالرغم من أن عليّة الحقل النظري للمنتجات المعرفية قد استُبدلت، فإن الانتقال المطابق لم يحدث في المحيط الذي يُمارس فيه العلاج المعرفي. كما أن نفس المعالجون المعرفيون الذين يرفضون الدور العلى لمنتجات المعرفية هم أنفسهم يقدمون كتيبات للعلاج وأمثلة إكلينيكية تركز على تغيير منتجات معرفية. على سبيل المثال، قرر بيك وزملاؤه (Beck et al., 1986) «أن المعالج يجب أن يكون قادراً على أن يوصل بوضوح أن

القلق يبقى عن طريق تقدير خاطئ أو إختلال وظيفي لموقف و« يعطى هذا التفسير.. فى الجلسة الأولى ويقرره طوال العلاج». وقرر جودانو وليوتى (Guidano & Liotti, 1983: 183) أن الخطوة الأولى الهامة فى العلاج تحدث «عندما يفهم المرضى أن معاناتهم تنوسطها «أراؤهم الخاصة» .
ومثل هذا الأمر السابق أزمة، ويحاول المعالجون المعرفيون طرح طرق للخروج من هذه الأزمة والتي تتمثل فى صعوبة تغيير الصيغ والصلة الضعيفة بين النظرية وكيفية حدوث التغيير .

د- تنقيح خاص بالتحليل الوظيفي :

كبدليل يؤدى التحليل الوظيفي إلى صياغة العلاقة بين التفكير والسلوك التي تستبقى الفائدة الإكلينيكية ولكنها تتجنب مشاكل الافتراض الأولى ABC. وفى نطاق هذا الإطار، يمكن أن تلعب المعارف دوراً كبيراً أو صغيراً أو لا تلعب دوراً فى مشاكل العميل. وعلى نحو مطابق ستكون طرق العلاج المعرفية ذات فعالية متغيرة مع العملاء المختلفين اعتماداً على الدور الذى يكون للمعرفة فى المشكلة الإكلينيكية .

التقويم:

كما رأينا، فإن العلاج المعرفي قد أوضح أنه شكل فعال من العلاج النفسى (Elkin et al., 1986) ويعتبر العلاج المعرفي وافداً جديداً نسبياً كمجال علاجي، وهكذا فإن المعالجين المعرفيين قد كانوا قادرين على دمج عناصر العلاج السلوكي وتلك الخاصة بالعلاج السيكوندينامي في طرق العلاج الخاصة بهم، كما يتبع العلاج المعرفي بعض التقاليدات الخاصة بالناظرين الآخرين مثل «روجرز» كالانتباه الجاد لآراء المريض عن العالم بغض النظر عما إذا كانت هذه الآراء مشوهة أو غير مشوهة .

ورغم من هذه المميزات الخاصة بالعلاج المعرفي، فإنه توجد عيوب ومشاكل غير محلولة، منها :
يركز العلاج المعرفي إستثنائياً على العمليات المعرفية التي يكون المريض واعياً بها شعورياً. ويوجد دليل هام بأنه توجد عمليات هامة فى السياق النظام المعرفي والتي تحدث تحت مستوى الوعي الشعوري (أنظر: Eysenck, 1992). وأنه لعب حقيقي خاص بالعلاج المعرفي تجاهل مثل هذه العمليات. وعلى نحو أكثر أهمية، فإن معظم العمليات المعرفية الشعورية التي درسها المعالجون المعرفيون من المحتمل أنها تركز على العمليات القبشعورية الأسبق.
بالرغم من حقيقة أن التغيرات المنشئ بها فى معارف المرضى تحتل مكاناً خلال سير العلاج المعرفي، فليس من الواضح بصفة عامة كيف تحدث هذه التغيرات. ويؤمن المعالجون المعرفيون أن صورتهم الخاصة بالعلاج تُنتج تغيرات مباشرة للمعلومات المخزنة فى النظام المعرفي. ومن الواضح، مع ذلك، أن التغيرات المعرفية يمكن أن تحدث بطرق مختلفة جديدة (على سبيل المثال، يمكن أن تخفف العقاقير معارف القلق والاكتئاب) .. ويكلمات أخرى، فإن التغيرات المعرفية الناتجة خلال العلاج المعرفي قد تكون نتيجة تغير قد حدث بطريقة أخرى معينة.
إن العلاج المعرفي يتضمن خليطاً من عناصر مختلفة عديدة معرفية وسلوكية. وإذا ما ثبت أن أى صورة معينة من العلاج المعرفي فعالة، فإنه ليس أمراً سهلاً أن نقرر أى من العناصر المتنوعة قد لعبت دوراً جوهرياً فى إنتاج تلك الفاعلية. وإذا كان للعلاج المعرفي أن يتطور أكثر من ذلك، فإنه سيكون من المهم جداً توضيح هذا الموضوع .

9- Beck, A. (1993). Cognitive approaches to stress

Lehner & R. L. Woolfolk (Eds.). *Psychology of stress*

and practice of stress mangement (2nd ed.)

PP. 333-372). New York: Guilford Press.

10- Beck, A., & Clark, D. (1988). Anxiety and depression

information processing perspective. *Annual Review of Psychology*

Research, 1, 23-36.

11- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1986). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Basic Books.

12- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

13- Beidel, B., Turner, S. (1986). A critispue of the theoretical bases of cognitive behavioral theory and its application to therapy. *Clinical Psychology Review*, 6, 187-197.

14- Bergin, A. (1971). The evaluation of therapeutic outcome. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.

15- Beutler, L., Cargo, M., & Arizmendi, T. (1986). Therapeutic variables in psychotherapy process

مراجع الفصل الثاني:

١- محمد الشناوى (١٩٩٤). نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٢- محمد الطيب (١٩٨١). تيارات جديدة فى العلاج النفسى، القاهرة، دار المعارف.

3- Adler, A. (1927). *The practice and theory of individual psychology*. Paterson, NJ: Littlefield Adams. (Reprinted in 1963).

4- Adler, A. (1963). *The practice and theory of individual psychology*. Paterson, NJ: Littlefield Adams. (Original work published in 1927).

5- Alberti, R., & Emmons, M. (1986). *Your Perfect right: Aguide to assertive living* (5th ed.). San Luis Obispo, CA: Impact Publishers.

6- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of panic and anxiety disorders*. New York: Guilford.

7- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy of the emotional disorders*. New York: New American Librery.

8- Beck, A. (1984). Cognition and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1112-1114.

- 22- Davison, G., & Neale, J. (1990). *Abnormal Psychology: An experimental clinical approach* (5th Ed.). Chchester: Wiley.
- 23- De Rubeis, R., & Feely, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482.
- 24- Devoge, J., & Beck, S. (1978). The therapist-clint relationship in behavior therapy. In M. Hersen, R. Eisler, & P. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification: Volume 6* (PP. 204-248). New York: Academic Press.
- 25- Elkin, I., Shea, T., Imber, S., Pilkonis, P., Sotsky, S., Glass, D., Watkins, J., Leber, W., & Collins, J. (1986). NIMH treatment of depression collaborative research program: Initial outcome findings. Paper presented at meeting of the American Association for the Advancement of Science, May.
- 26- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- outcome. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (3rd Ed.). Chichester: Wiley.
- 16- Dr. L. Hunter, I., & Lane, R. (1971). The effect of stress on dreams. *Psychological Issues*, 7, 1-213.
- 17- Ewin, C. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. London: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- 18- Grlin, A., Hoffman, H., & Woghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: A case report. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 153-158.
- 19- Hartwright, D. (1956): Self. consistency as a factor affecting immediate recall. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 212-218.
- 20- Hartwright, D. (1979). *Theories and models of personality*. Dubuque, Iowa: Brown Company Publishers.
- 21- Hambless, D. (1990). Spacing of exposuresessions in the treatment of agoraphobia and simple phobia. *Behavior therapy*, 21, 217-229.

- 33- Freud, A. (1946). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities.
- 34- Gleitman, H. (1986). *Psychology* (2nd Ed.). London: Norton.
- 35- Goldfried, M. R. (1982). Resistance and clinical behavior therapy. In P. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (PP. 95-113). New York.
- 36- Goldfried, M. (1982). Resistance and clinical behavior therapy. In P. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (PP. 95-113). New York.
- 37- Goldfried, M. & Davison, G. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- 38- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- 39- Hall, C. (1953). A cognitive theory of dream symbols. *Journal of General Psychology*, 48, 169-186.
- 27- Ellis, A. (1970). *The essence of rational emotive therapy: A comprehensive approach to treatment*. New York: Institute for Rational Living.
- 28- Ellis, A. (1978). *The basic clinical theory of rational emotive therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- 29- Ellis, A. (1997). *Better, deeper and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach*. New York: Brunner/Mazel.
- 30- Gysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- 31- Miske, D., Cartwright, D., & Kirtner, W. (1964). Are psychotherapeutic changes predictable? *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 418-426.
- 32- Freud, S. (1917). Interoductory lectures on psychoanalysis, Part III. In J. Strachey (Ed.), *The complete psychological works*, Vol. 16. New York: Norton.

- 47- Kaul, T., & Bednar, R. (1985). Experiential group research: Results, questions, and suggestions. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (3rd Ed.). Chichester: Wiley.
- 48- Kazdin, A. (1994). *Behavior modification in applied setting* (5th Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- 49- Kehoe, E. , & Macrae, M. (1998). *Classical Conditioning In* W. O'Donohue (Ed.), *Learning and behavior therapy* (PP. 36- 58). Boston: Allyn & Bacon.
- 50- Kendall, P., Kipnis, D., & Otto-Salaj, L. (1992). When clints do not progress: Influences on and explanations for lack of progress. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 269-281.
- 51- Keuthen, N.(1980). Subjective probability estimation and somatic strutures in phobic individuals. Unpublished manuscript, State University of New York at Stony Brook.
- 52- Klein, M. (1960). *The psychoanalysis of children*. New York: Greve Press.
- 40- Hamilton, S. (1994). Object relation theory . In V. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 3, PP. 321-332). San Diego: Academic Press.
- 41- (1999). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press.
- 42- Harvard Mental Health Letter. (1994). Brief psychodynamic therapy. Part 1, Vol. 10, PP. 1-3.
- 43- Becker, J., Losee, M., Fritzler, B., & Fink, C. (1996). Self-directed versies therapist- airected cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 253-265.
- 44- lecker, J., & Thorpe, G. (1992). *Agraphobia and panic: A guide to psychological treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
- 45- Hollon, S., & Kriss, M. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 4, 35-76.
- 4 Horgan, J. (1996, December). Why freud isn't dead. *Scientific American*, PP. 106-111.

- the modification of phobic behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 557-567.
- 59- Luborsky, L. (1997). The core conflictual relationship theme: A basic case formulation (PP. 58-83). New York: Guilford.
 - 60- Luborsky, L., & Spence, D. (1978). Quantitative research on Psychoanalytic therapy. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd Ed.). New York: Wiley.
 - 61- Marks, I. (1969). *Fears and phobias*. New York: Academic Press.
 - 62- Maslow, A. (1970). *Toward a psychology of being* (3rd Ed.). New York: Han Nostrand.
 - 63- Masters, J., Burish, T., Hollan, S., & Rimm, D. (1987). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings* (3rd Ed.). San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.
 - 64- Matson, J., Sevin, J., Fridley, D., Love, S. (1990). Increasing spontaneous language in autistic children.
 - 52- Klein, D. (1974). Endogenomorphic depression. *Archives of General Psychiatry*, 31, 447-454.
 - 53- Klenberg, R., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum.
 - 54- Kohut, H. (1971). *Analysis of the self*. New York: International Universities Press.
 - 55- Krentz, S. (1985). When depressive cognitions reflect negative realities. *Cognitive Therapy and Research*, 9 (6), 595- 610.
 - 56- Krause, M. (1964). An analysis of Carl Rogers' theory of personality. *Genetic Psychology Monographs*, 69, 49- 99.
 - 57- Svenson, H., & Strupp, H. (1997). Cyclical maladaptive patterns: Case formulation in time-limited dynamic psychotherapy. In T. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (PP. 84-115). New York: Guilford.
 - 58- Sisk, J. (1975). Expectancy, false galvanic skin response feedback and systematic desensitization in

- 69- Newmark, C., Frerking, R., Crook, L., & Newmark, L. (1973). Endorsement of Ellis irrational beliefs as a function of psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 300-302.
- 70- Ost, L., Hirschman, R., & Navel, A. (1992). One-Versus five-session exposure in the treatment of needle phobia. *Behavior Therapy*, 23, 263- 282.
- 71- Paul, G. (2000). Milieu therapy. In A. Kazdin (Ed.), *The encyclopedia of psychology*. Washington, D. C.: American Psychological Association
- 72- Paul, G., & Lentz, R. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social learning programs*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 73- Perls, F., Hefferline, S., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Julian Press.
- 74- Poppe, C., Diguier, L., Luborski, L., Faude, J., Johnson, S., Morris, M., Schoffer, N., Schaffler, P., & Schmidt, K. (1996). Repetitive relationship themes in waking narratives and dreams. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1073-1078.
- Journal of Applied Behavior Analysis, 23, 222-227
- 65- 3 (1995). Cognitive-behavioral therapy in historical perspective. In B. Bongar & L. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (PP. 140-158): New York: Oxford University Press.
- 66- Messer, S., & Woltizky, D. (1997). The traditional psychoanalytic approach to case formulation. (PP. 26-57). New York: Guilford.
- 67- Bergeren, S., Merkel, W., & Brown, S. (1990). The use of covert sensitization and social skills training in the treatment of an obscene telephone caller. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 269-275.
- 68- Nelson, R., & Barlow, D. (1981). Behavioral assessment: Basic strateies and initial procedures. In D. Barlow (Ed.), *Behavioral assessment of adult disorders* (PP. 13-44). New York: Guilford Press.

الباب الثاني

أخلاقيات العلاج النفسي

الفصل الثالث: القضايا الخاصة بالعملاء والمعالجين .

الفصل الرابع: القضايا الأخلاقية والقانونية في العلاج النفسي.

- 86- Sullivan, H. (1954). The psychiatry interview, New York: W.W. Norton.
- 87- Sullivan, K., & Bradbury, T. (1996). Preventing marital problems: The effectiveness of secondary strategies. The Behavior Therapist, 19, 33-36.
- 88- Trier, P. (1995). Adult social skills: State of the art and future directions. In W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), Handbook of Psychological skill training. Clinical techniques and applications (PP. 54-80). Boston: Allyn & Bacon.
- 89- Markat, I., & Brantley, P. (1981). On the therapeutic relationship in behavior therapy. The Behavior Therapist, 4, 16-17.
- 90- Watson, J., & Rayner, M. (1920). Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology, 3, 1-14.
- 91- Watson, G., & O'Leary, K. (1980). Principles of behavior therapy. New Jersey: Prentice-Hall.
- 92- Wolpe, J. (1982). The practice of behavior therapy (3rd Ed.). New York: Pergamon Press.
- 93- Fennell-White, E. (1997). Treating panic disorder and agoraphobia: A step-by-step clinical guide. Oakland, CA: New Harbinger.

الباب الثانى

أخلاقيات العلاج النفسى

مقدمة:

تبلغ علاقات إنسانية قليلة بسرعة شديدة من الود مثل القيام بعلاقة علاجية. وبالرغم من أنه فى معظم الأمثلة يكون المعالجون غرباء تماماً فى بداية العلاج، فإنه يتوقع أن العملاء يكشفون عن مشاعرهم العميقة والخاصة وأفكارهم وسلوكهم لهم ومعهم، ويواجهون جوانب أنفسهم العميقة والأشد ظلاماً والأكثر كرهاً الخاصة بالعملاء. وفى بعض الأوقات قد يطلب من العملاء أن يفعلوا هذا ليس فى مواجهة معالجهم فقط ولكن كذلك فى صحبة أعضاء الأسرة أو حتى الغرباء الذين يشكلون مجموعاتهم العلاجية.

ولمضاعفة المشكلة، ففى معظم الحالات، يدخل الناس العلاج فقط بعد إنزعاج وتفكير شديدين. إنهم يخبرون مثل هذه الأعراض كمشاعر ضعف أو عدم قدرة على الإنتاج، أو حتى سلوك تدمير الذات. وبالرغم من أنهم قد يريدون على نحو يائس أن يفهموا ويحسنوا هذه المؤشرات الخاصة بالأسى، فمن المحتمل أنهم لا يعرفون الكثير عن عملية العلاج.

وبالرغم من قلقهم، فإن هؤلاء العملاء المكنين Potential clients يواجهون على الأقل الشيء المتوقع بشكل إرادى. ومع ذلك، لا يأتى كل الناس إلى العلاج بمبادرتهم الخاصة. فبعض المرضى - على سبيل المثال، أولئك الذين باتون لا إرادياً إلى المستشفيات العقلية أو يُجبرون عن طريق المحكمة إلى السعى من أجل العلاج كشرط لتعليق العقوبة أو إطلاق الصراح المشروط - قد يضطرون إلى رؤية أخصائى نفسى. وفى أى حال يُحتمل أن يواجه المعالجون

هذه المجادلات الخاصة بالمواد وإجراء الموافقة المعلومه للعلاج تعتبر هامة في حد ذاتها، ولكنها تزيد كذلك على نحر أكبر، قضايا أكثر على سحر مفرط. ما الذي تعالجه عملية الموافقة، إذا ما وُجدت، على سبيل المثال، طبيعة العلاقة بين المهني والشخص الذي سئم للعلاج؟ وما هو المادى، المعنى الذى تُعزى عن طريق الموافقة؟ وهل الحصول على موافقة يعزز قيمة معينة، أم يُعرض قيمة أخرى للخطر؟ وهل الحصول على موافقة يتلف - إذا لم يدمر - القيمة الخاصة بأشكال معينة من العلاج؟

والقضايا المنفردة للعميل/المعالج تكون معقدة على نحو كاف، وتصبح متضخمة بشكل هندسى حينما يصبح المنغمسون فى العلاج زوجين أو أسرة أو جماعة. وتصبح القضايا السرية أهم بطبيعة الحال. ومع ذلك، فإن الحقيقة المعقدة هي أن العلاج الأسرى غالباً ما يتضمن الأطفال. فهل يجب أن يكون لهم الحق فى العلاج؟ وهل لهم حقوق مستقلة فى الخصوصية التى يجب أن تُحترم؟ وهل يجب الزعم بأن الوالدين يمثلان إهتمامات أطفالهما؟ ومتى، إذا حدث، يجب أن يعمل المعالجون كنصراء للأطفال؟

ومن المهم أن هذا الباب يغطى هذه المشاكل التقليدية (مع أنها لم تُحل بعد، ولن تُحل). ومع ذلك، فإن مجال علم النفس غير محدود بصور العلاج المنطوقة، وجهاً لوجه. على سبيل المثال، الأخصائيون النفسيون منغمسون بشكل متزايد فى الطب السلوكى، مثل إدارة الضغط والألم. علاوة على ذلك، من المستحيل تجاهل المناقشة التى تثار حالياً على مجهر كثر من الأخصائيين النفسيين الأقوياء والمؤثرين للحصول على الحق فى أن يكونوا أخصائيين نفسيين مرخصين (لديهم رخصة للعلاج)، يُعطون تدريباً ملائماً، لوصف أدوية مضادة للذهان وأخرى مضادة للاكتئاب. وبالإضافة إلى ذلك، فإن

العملاء الذين فى إستشاراتهم الأولى، يكونوا مضطربين وقلقين. وهم مستهدفين وفى بعض الأحيان يكونوا عدائين وسلبيين للغاية. ومما ليس من المستغرب أن تكون تجنبه تقريباً، أن القضايا الأخلاقية المعقدة سوف تنشأ فى محيطات يملأ فيها العلاج وأشكال العلاج الأخرى مكاناً.

وهو ضرورى سبب يمس مدد النفسانية بسحر، سواحد والحقوق فى العلاقة العلاجية، والسرية الخاصة بالمعلومات المعروفة للعميل. وفى هذا الفصل نركز على قضايا إضافية عديدة لم تغط بشكل كافى فى هذا الكتاب.

فلم يحتو كرد جمعية علم النفس الأمريكية (APA, 1990) فى إعلانات مجموعة مقسمة للمبادئ الأخلاقية المتعلقة مباشرة بالعملاء. وفى هذا الخصوص، قدمت المبادئ الأخلاقية عام (١٩٩٢) تحدياً بالذات. على سبيل المثال، يتطلب معيار ٤.٠٢ للكود ١٩٩٢ أن «يحصل الأخصائيون النفسيون على موافقة معلومة ملائمة للعلاج أو الاجراءات المتعلقة» (APA, 1992:1605). وكجزء من هذه العملية، يلتزم الأخصائيون النفسيون بإخبار المشاركين المكنين فى العلاج «بمعلومات دالة تتعلق بالإجراء» بصورة ما موثقة. وبالرغم من أن معيار ٤.٠٢ يجعل من الواضح أن طريقة معينة من الموافقة يجب الحصول عليها من العملاء، إلا أنه لم يتحقق هذا المطلب بأية طريقة واضحة. وهكذا، فإن كثيراً من المؤلفين العاكسين للقانونى ١٩٩٠ و١٩٩٢، قد سعوا إلى تقديم آرائهم حول كيفية أن عملية الموافقة يجب أن تحتل مكاناً. وقد شك بعضهم فيما إذا كانت الموافقة يجب أن يسعى إليها على الإطلاق. وموضوع آخر يدور حوله جدال كثير، ألا وهو ما إذا كان المعالج والعميل يجب أن يبرما عقد مكتوب خاص بموافقة معلومة.

الفصل الثالث

القضايا الخاصة بالعملاء والمعالجين

نهيدي:

يهتم هذا الفصل بتناول القضايا الخاصة بالعملاء والمعالجين، متمثلة في:
أولاً: حقوق العملاء ومسئوليات المعالجين، وهنا يتم عرض المبادئ الأخلاقية في العلاقة العلاجية، ونوضح كيف أن تركيز العملاء يؤدي إلى اختيارات مدعومة، كما نهتم بعرض قضايا عن القرارات المعلومة، والموضوعات الخاصة بالعقود.

ثانياً: تسهيل الموافقة المعلومة للعلاج النفسي للمرضى الخارجيين حيث يتم عرض شكل كتابي مقترح للموافقة على العلاج النفسي في حالة علاج مرضى غير مودعين في المؤسسات العلاجية.

ثالثاً: المعالج النفسي المستنول، وهنا يتم عرض أساسيات موصى بها لأخلاقيات العلاج النفسي.

رابعاً: خطوط إرشادية للعلاج مع النساء، وهنا يتم تقديم مجموعة من الخطوط الإرشادية التي يجب مراعاتها في العلاج النفسي مع النساء.
والآن، سرف نلقى الضوء على كل من هذه المحاور الأربعة كل على حده.

بعض الأخصائيين النفسيين يكتبون نصوصاً لمساعدة الذات تصبح كتاباً هي الأروج في فترات معينة، في حين أن آخرين يُجرون علاجاً بالتليفون أو البريد الإلكتروني (ومن المحتمل عن طريق الفاكس).

ولابنغمس الأخصائيون النفسيون فقط في صور مختلفة، ولكن تتم مواجهتهم كذلك بمجموعة متنوعة من العملاء والنساء بصفة عامة، والجنسيون المثليون، والمساقيات، والأقلية العرقية، وأولئك الذين من مجتمعات ريفية، والناس ذوي الإعاقات غالباً ما يواجهون المعالج النفسي المسئول بوفرة من القضايا الأخلاقية. وفي النهاية قد تبقى المشاكل الأخلاقية حتى بعد موت المعالج. خذ في الاعتبار، على سبيل المثال، ماهي الالتزامات الأخلاقية التي لدى الأخصائيين النفسيين تجاه مرضاهم الذين في تفكير متعلق بموتهم الخاص؟

هذه هي القضايا التي سوف يتم تغطيتها في الباب الحالي. والتحديات التي تقدمها تُظهر بوضوح أن العلاج الجيد هو أكثر من تقنية أو نص عاطفي أو نظرية سليمة.

وسوف نعرض الباب الحالي في فصلين أساسيين، يتناول أحدهما القضايا الخاصة بالعملاء والمعالجين، ويتناول ثانيهما القضايا الأخلاقية والقانونية في العلاج النفسي.

أولاً: حقوق العملاء ومسئوليات المعالجين

يدعم معظم المعالجين النفسيين على نحو رسمي المبادئ الأخلاقية لمهنتهم. وتستلزم هذه المبادئ بتعزيز رفاهية العملاء وتأكيد حقوقهم.

المبادئ الأخلاقية في العلاقة العلاجية:

بتأكيد حقوق العملاء، يستطيع المعالجون أن يطابقوا مساواة ومسؤولية عملائهم بالنسبة لمشاركتهم في العلاج، وإلى أقصى حد بالنسبة لحريتهم. وبالإضافة إلى ذلك، تأكيد أماكن حقوق العملاء المطابقة للمسئوليات على العملاء. ويُتوقع من العملاء أن يختاروا بحكمة، للاستفادة من المعلومات المقدمة، لافتراض الضبط في مشاركتهم في العلاج. وبمساعدة العملاء على قبول حقوقهم ومسئولياتهم، يشجع المعالجون الأداء الصحي وكذلك الصحة النفسية. وبأخذهما معاً، فإن هذه المسئوليات والحقوق التي تُتبع من المعايير الأخلاقية يتكون نموذج لممارسة العلاج الذي يمكن أن يتناقض مع نماذج أخرى. ويمكن أن يقدم هذا النموذج فوائد للمعالجين والمهنة. ويمكن أن يساعد على حل تأكيد حقوق العملاء المعالجين الممارسين أكثر فاعلية. كما يمكن أن يشجع الاتصال المفتوح الخاص بطرق وأهداف العلاج على التوقعات الفعلية الخاصة بالعلاج والنتيجة. والعلاج الذي يكون حساساً لحقوق العملاء قد يكون قادراً على تقليل المآزق العلاجية إلى أدنى حد وكذلك الإنهاءات أحادية الجانب النابعة من عدم الرضا غير اللفظي للعميل. وفي النهاية، يمكن أن يحسن تأكيد حقوق العملاء الممارس من الإجراءات الجنائية أو الخاصة بسوء الممارسة (Roston & Sherrer, 1973). وإذا لم يكن التنظيم الداخلي للمهنة فعالاً

على نحو مرئي في حماية العملاء، فإن الممارسة المهنية قد تكون مفتوحة لتنظيم خارجي.

مضمونات للتدريب:

يكون معالجون قليلون مستعدين على نحو كاف عن طريق تدريبهم لتنفيذ المعايير الأخلاقية في الممارسة... ويجب أن ينشئ التدريب صورة للعملاء كأقرباء، وراشدين مسئولين، ويفرسوا إحساساً بالمسئولية لدى المعالجين بالنسبة لحقوق وكرامة العملاء. وكما اقترح كيسلر (Kessler, 1977)، يجب أن نعيد التفكير ونعيد تنظيم برامجنا التدريبية إذا كان لممارستنا للعلاج أن تكون متسقة مع مبادئنا الأخلاقية....

توكيد العملاء يؤدي إلى إختيارات مدعومة:

أولاً: يحتاج العملاء إلى معرفة الإجراءات والأهداف والتأثيرات الجانبية للعلاج. وتناقش بعض القضايا المتضمنة في تقديم وصف إجراءات وأهداف العلاج في القسم أدناه الخاص بتأسيس عقد. والقضية الخاصة بما إذا كان للعميل أن يعلم بتأثيرات جانبية ممكنة للعلاج يولد جدلاً أكثر. وتكون المعلومات الخاصة بالتأثيرات الممكنة غير المباشرة أساسية إذا كان للعميل أن يزن الفوائد والمخاطر الخاصة بالدخول في العلاج (Coyne, 1976a). وحديثاً فقط حول الأخصائيون النفسيون إنتباههم إلى مسألة تأثيرات العلاج غير المباشرة (Strupp & Hadley, 1977). وهكذا، فإن مزيداً من الأبحاث يُحتاج إليها لتوسيع معرفتنا الخاصة بالتأثيرات غير المباشرة.

والثاني: يحتاج العملاء أن يعرفوا عن بدائل العلاج النفسي. ومن غير العادي للمعالجين أن يشاركوا في المعلومات الخاصة عن المصادر البديلة مع عملائهم. ومع ذلك، فإن المعايير بالنسبة للمقدمين تقرر أن المعالجين لديهم مسئولية لإعلام أنفسهم عن شبكة الخدمات البشرية في مجتمعهم واستخدام هذه المعرفة من قبلهم. والأمر ذاته ينطبق على العملاء بالمصادر المتاحة محدودة عادة، فإن على المعالجين مسئولية تقديم هذه المعلومات....

قضايا عن القراءات المعلقة:

متى يجب تقديم المعلومات؟

يجد بعض المعالجين (على سبيل المثال: Winborn, 1977) أن الوقت التفاؤلي لتعليم العملاء عن العلاج هو نهاية المقابلة الأولى. ومع ذلك، قد لا ينطبق هذا بالنسبة للعملاء الذين يدخلون العلاج في أزمة. وبالنسبة للعملاء الذين يضطربون بعمق، فإن المعالج قد يوازن الحاجة إلى تقديم مساندة مباشرة وشفاء مقابل المسئولية لاستكشاف ما إذا كان المعالج قد أتى للمكان الصحيح للمساعدة. ومع ذلك، حتى إذا أجل فحص العلاج وبدائله لجلسات عديدة، فلا يجب أن تضيع فرصته.

كيف يجب تقديم المعلومات عن العلاج وبدائله؟

قد يتم تقديم أنواع شفهي أو تحريراً أو على شريط سمعي أو مرئي. ويمكن تقديم أنواع معينة من المعلومات عن طريق مستقبل أو مقابل يأخذ المعلومات. وفي بعض الأحيان قد يخفف المعالجون أو يتنازلون عن الأتعاب لمثل هذه الجلسة الخاصة بتحصيل المعلومات.

والموضوع الذي يتلقى الآن كثيراً من الانتباه هو الثقة والاتصال المتميز في العلاج. ومدى الثقة في الإتصال والسجلات يكون محدوداً علمياً نحو أكثر بكثير من الافتراض. والطرف الثالث - المدفوع له - قد يطلب من المعالج أن يجهز المعلومات التي لن يرغب في إنشائها، مثل هذه المعلومات يمكن أن تكون متاحة للاستعادة بواسطة آخرين. وقد لا تكون الثقة في العلاج الجيد محمية تحت قوانين الإتصال المميز رغم أن كثيراً من المعالجين والعملاء يفترضون ذلك (Meyer & Smith, 1977). وتقدم بعض العلاجات بطبيعتها إجراءات وقائية للثقة أقل من الأخرى. على سبيل المثال، ... في العلاج الزوجي، قد يشير المعالج لإنشاءات تضرر فيما بعد العلاقة الزوجية (Rubi & Mitchell, 1976). وقد يفحص المعالجون الحاجة إلى إعلام العملاء أن حالاتهم قد تُناقش أحياناً مع زملاء أو مشرفين أو في مؤتمر (Bersoff, 1975: 270).

ثانياً: يحتاج العملاء إلى معلومات عن صفات المعالج ليعملوا إحصارات معلومة عن دخول العلاج. وقد يكون لدى العملاء شكوكاً بخصوص تخصصات وتدريب المهنيين المتنوعين. وكما اقترح وينبون (Winbon, 1997)، تكون «التسمية الأمنية» ضرورية إذا ما كان للاختيارات المعلومة أن تتم. ويختلف المعالجون حول مدى المعلومات عن المهارات والمؤهلات والتدريب الذي يُقدم للعميل. ومع ذلك، لا يكون المعالجون في التدريب هم وحدهم الذين يجب أن يُعلموا العملاء عن وضعهم ومؤهلاتهم. وتقديم وصف للمهارات والخبرة والاستعدادية لاستفسارات العملاء يحمي كلاً من المعالج والعميل من توقعات غير واقعية قد يعتنقها العميل.

تأسيس الاتصال:

تؤكد المبادئ الأخلاقية أن المعالجين يجب أن يعلموا العملاء عن غرض وطبيعة العلاج وأن العملاء لهم حرية الاختيار عن مشاركتهم. وتحدد عملية تقديم المعلومات والحصول على موافقة عن طريق إستعمال إتصال العلاقة العلاجية كمسعى مشترك يساهم فيها المعالج بالمعرفة والمهارة فى علم النفس ويحضر العميل إليها لمعرفة شخصية متخصصة والتزام بالعمل على مشاكله (Adams & Orgal, 1975) ، وإبتكار إتفاق تعاقدى هو تفاوض بين الشركاء. والغرض من الاتصال هو تحديد العلاقة العلاجية. ويشجع إبتكار عقد- سواء أكان مكتوباً أو لفظياً- العميل والمعالج على تحديد الأهداف، والتوقعات، والحدود الخاصة بالعلاج. وتعيين كل من المشكلة (أو التشخيص، إذا عمل أحدهما) والعلاج يجعل المهنة أكثر مسئولية (Schulberg, 1976). وبالإضافة إلى ذلك، فإن العقد يمكن أن يمنع سوء التفاهم الخاص بالمسئوليات والطرق والترتيبات العملية الخاصة بالعلاج. وفى هذا الخصوص، يمكن أن تحمى العقود كلاً من المعالج والعميل من الإحباط أو التوقعات الزائفة. وتحدد معظم عقود العلاج بعض أو كل الطرق التالية للعلاج، وأهدافها، وطول وتكرار الجلسات، وفترة العلاج، وتكلفة وطرق الدفع، وشروط للإلغاء وإعادة التفاوض الخاصة بالعقد، ومدى كل من مسئولية الشخص، ودرجة الثقة. وتختلف القضايا التى يغطيها كل عقد طبقاً لتوجه المعالج وميل العميل... فيميل بعض المعالجين على طبيعة العلاقة، ويقدم معالجون آخرون تحديدات دقيقة لمدى الثقة. ويشير العقد الذى يتضمن عملاء عديدين- كما فى العلاج الزوجى والأسرى أو العلاج الجمعى- مشاكلأ خاصة. وبالمثل، فإن الشخص يجب أن يكون حساساً بصفة خاصة للقضايا الأخلاقية حينما يتم

ويجب أن تتسق طريقة تقديم المعلومات للعملاء بالمبدأ للاختيار المعلوم. وتعتبر التحيزات والمعلومات غير الدقيقة هى إستراتيجية المبدأ. على سبيل المثال، يمكن أن يكون المعالجون حذرين لتجنب البديلة على نحو معقول. وقد تحدث ورطة أخلاقية حينما تكرر مساسر مويه عن ماسو مسيج العمل الذى يسون اسمى سميل. ومن هذه الحالات قد يشعر المعالج بأنه ملتزم بتوجيه هذه المشاعر للعميل، بدلاً من إذا مال العميل نحو منهج أو عمل آخر. والتوصية بمنهج أو عمل يبرى كتحفيز رفاهية العميل. ومع ذلك، حينما يصر ويتشبث المعالج بمنهج عمل، فإن حق العميل للاختيار يتضاءل.

هل يوجد عيوب لتحقيق حقوق العملاء فى قرارات معلومة قد تقنع مناقشة مبتسرة أو متحمسة بإفراط خاصة بالبدائل التى يمكن أن المعالج لا يريده فى العلاج. والعيوب الآخر هو أن بعض العملاء المحرجين أو المكنين قد يختاروا مصادراً للمساعدة غير العلاج. وبالنسبة للمعالج الذين تعتمد سبل رزقهم على عملائهم، فإن هذا قد يكون مزعجاً نوعاً ما. ومع ذلك، فإن القلق بالنسبة لفقد العملاء يجب أن ينظر إليه وفقاً للظهور. وينتهى كثير من العملاء المكنين بعد المقابلة الأولى على أى حال. وقد تؤدي المناقشة المفتوحة للعلاج وبدائلها إلى أن يستمر بعض هؤلاء العملاء فى العلاج.

وقد يشعر بعض المعالجين ذوى التوجه السيكوندينامى (أنه النفسى) بأن معلومات تفصيلية عن العلاج والمعالج تؤدي إلى خفض أو علاقة الطرح (Wolberg, 1967) . ويشعر معالجون آخرون بأن الإفشاء يعزز علاقة العملاء - المعالجين.

التعاقد مع عميل طفل، والذي قد يكون فى وضع لإتفاق ذى معنى (Robinson, 1974). وكلما كان العقد أكثر تفصيلاً كلما كان أكثر تكراراً حينما يتم إعادة التفاوض بسبب تغير ظروف العميل وإبتكار أهداف العلاج، ويعتبر إعادة التقييم الدورى والمراجعة هما جزء تكاملى من عملية العلاج. ويهىء المثال التالى الخاص بعقد من نموذج مقترح بواسطة مجموعة الأبحاث الصحية، مجموعة رالف نادر (Adams & R. Nader group, Orgel, 1975).

أنا (فلان)، أوافق على الإتفاق بدكتور (فلان) كل ثلاثاء من شهر..... عام إلى يوم شهر..... عام ، فى الساعة الثالثة بعد ظهر خلال هذه الجلسات العشرة التى يبلغ زمن كل منها ٤٥ دقيقة، سوف وجه جهودنا المشتركة نحو ثلاثة أهداف:

١- تمكينى من عمل مناقشات مع قرينى بدون غضب.

٢- تفسير يرضينى لسبب تجنبى زيارة والدى.

٣- التغلب على مخاوفى من مقابلة أفراد جدد.

أوافق على دفع ٥٠ جنيهًا للجلسة من أجل استخدام مصاصها، وتدريبها، وخبرتها كجلسة علاجية. وهذا المبلغ قابل للدفع فى وقت الجلسة. إذا لم أَرْضَ بالتقدم المعمول على هذه الأهداف، قد ألغى أى موايد مستقبلية بشرط أن أعطى للدكتور (فلان) إنذاراً بنيتى على الإلغاء قبل الميعاد بثلاثة أيام. وفى هذه الحالة، أكون/لا أكون دافعاً لجلسات لم تتم. مع ذلك، إذا تم فقد جلسة بدون إنذار مسبق بـ ٢٤ ساعة، أكون/لا أكون مسؤولاً مالياً عن تلك الجلسة المفتقدة، ويستثنى من هذا الترتيب الحوادث أو الأمر غير المتنبى بها أو التى لا يمكن تحاشيها أو تجنبها.

وفى نهاية عشر جلسات، أوافق أنا ودكتور (فلان) على أن نتفاوض مرة أخرى بخصوص هذا العقد. ونحن نضمن إمكانية أن الأهداف المقررة ستكون قد تغيرت خلال فترة العشر جلسات. وأفهم أن هذا الإتفاق لن يضمن أننى سأكون قد حققت هذه الأهداف. ومع ذلك، لن يكون عرضاً من جانبى لأن أدفع للدكتور (فلان) عن الوصول إلى مصادرها كجلسة علاجية وقبولها لتطبيق كل هذه المصادر كمعالجة بنية طيبة.

واشترط بالاضافة إلى ذلك أن هذا الإتفاق يصبح جزءاً من السجل المقبول لكلا الطرفين ساعة مايشاء الفرد، ولكن ليس لشخص آخر دون موافقة مكتوبة. وسوف يحترم المعالج حقى فى المحافظة على السرية الخاصة بأى معلومات متصلة بى للمعالج خلال منهج العلاج.

وانى (أعطى/لا أعطى) إذن للدكتور (فلان) ليسجل على شريط مسموع الجلسات ليقوم باستعراضها. ومع ذلك، فلن تنشر أو تتواصل أو غير ذلك من تفشى بدون موافقتى المكتوبة، وأى من هذه المعلومات التى إذا ماشرت يمكن أن تؤذينى بأية طريقة.

إمضاء العميل

إمضاء المعالج

التاريخ

موضوعات خاصة بالعقود:

هل يجب أن يحدد العقد كل التقنيات؟

يجب تحديد التقنيات التى قد تكون فى تنافر مع قيم العملاء. ويجب أن يعرف العميل ما إذا كان العلاج سوف يتكون من الحديث أو لعب الدور أو

عمل جسمي إذا استخدمت تقنيات منفرة وإذا توقع الشخص أن يأخذ دواء أو إذا آخرون- مثل أعضاء الأسرة- سيكونوا منغمسين، وإذا كان الشخص سوف يتوقع منه أن يلتحق بمجموعة. ويجب أن يؤمن المعالجون الذين سابعون العملاء إنهم في العقد، حتى إذا كان هذا التحيز لاستجابات من قبله. وبحون بعض الممارسات مثل العلاقات الجنسية مع العملاء غير أخلاقية، وتبقى هكذا سواء وافق أم لم يوافق العميل. وقد نوقش أن صور العلاج التي يعارض لها بعض المعالجين، مثل الصباح الأولى أو علاج «المداعبة» يجب أن يُسمح به إذا وافق العملاء بحرية عليه مع معرفة كاملة بالمخاطر وسوائد. واستخدام العقود لا يمكن أن يحمي العملاء من إتخاذ قرارات لا تكون مواتمة مع أفضل إهتماماتهم. ومع ذلك، إذا وجد اختلاف ضخم في قوة الإرادة لأطراف التعاقد بحيث لا يملك العميل اختياراً حقيقياً أو بديلاً، فإن هذا التعاقد قد يعتبر خالياً من الضمير قانوناً (Switzgebel, 1975; 1976).

ماذا إذا كان لدى المعالج مشاكل أخلاقية وشخصية مع العميل؟

يمكن أن تنشأ صعوبات خاصة في أهداف محدودة في العلاج التي تتضمن أكثر من شخص واحد مثل العلاج الجمعي أو الزوجي أو الأسري... ويجب أن يكون المعالجون حذرين بالنسبة لمساندة الأهداف من أجل المحافظة على وحدة الأسرة التي تهيمن على حقوق الأفراد.

ويقدم العلاج مع الأطفال إعتبارات خاصة. وبعض المعالجين الذين يعملون مع الأطفال يناصرون العقد لأنه يشجع على ضبط الذات ويؤجل الإشباع. ومع ذلك، تبدو هذه هي أهداف الوالدين والمعالج وليست أهداف الطفل. وقد صعب المعالج من الصعب مساندة الأهداف الوالدية التي تنكر حقوق العميل الذاتية.

وقد لا يتم التنازل عن حقوق معينة للأطفال (Sehdev, 1976). وقم تم إقتراح أن الطفل الذي ليست له القدرة على إعطاء موافقة كاملة غير مضغوطة يجب أن يكون له نصير غير الوالد أو المعالج (Koocher, 1976).

كيف يجب أن يستجيب معالج لعميل لا يريد عقداً؟

بالنسبة للمعالج الذي يشعر بتسده بالمرعوبية في تحديد أهداف والترتيبات بالنسبة للعلاج، قد يكون العقد مثل جزء متكامل خاص بالتقنية التي لن يعمل بدونها. وقد يرفض بعض العملاء عقداً لأنهم يشكون أن العقد يقصد به فائدة للمعالج وحده. فبالنسبة لهؤلاء العملاء وكذلك العملاء الآخرين، يكون العقد كفكرة غير عادية قد تتطلب تفسيراً هائلاً. ومع ذلك، يجب أن يقدم التفسير على نحو يستطيع للعميل الحق في رفضه....

ثانياً: تسهيل الموافقة المعلومة للعلاج النفسى للمرضى الخارجيين شكل كتابى مقترح

حينما تأتى للعلاج، تشتري خدمة، وتحتاج لذلك معلومات لا تقرر جيد. وأدناه بعض الأسئلة التى قد تريد توجيهها. وقد تحدثنا عن بعضها. وأنت مفوض لسؤالى أياً من هذه الأسئلة متى أردت أن تعرفها. وإذا سمعتم تفهم إجاباتى، إسئلنى مرة ثانية.

١- العلاج:

- كيف ينجح نوع علاجك؟
- ماهى المخاطر الممكنة المتضمنة؟ (مثل الطلاق، الاكتئاب).
- ما النسبة المئوية لتحسن العملاء؟ فى أى نواح؟
- ما النسبة المئوية لعدم تحسن العملاء؟
- ماهى النسبة المئوية لتحسن أو عدم تحسن العملاء بدون هذا العلاج؟
- ما طول المدة التى سوف يستغرقها العلاج تقريباً؟
- ما الذى يجب أن أفعله إذا شعرت أن العلاج لا ينجح؟

٢- البدائل:

- ماهى أنماط العلاج أو المساعدة الأخرى التى توجد؟ (مثل جماعات المساعدة).
- ما مدى نجاحها؟
- ماهى مخاطر هذه المجالات الأخرى؟

٣- المواعيد:

- كيف تجددل المواعيد؟
- ما طول الجلسات؟ هل يجب أن أدفع أكثر لجلسات أطول؟
- كيف أستطيع الوصول إليك فى أية طوارئ؟
- إذا لم تكن متاحاً، فمن يكون موجوداً لكى أستطيع التحدث إليه؟
- ماذا يحدث إذا كانت الحالة سيئة أو كنت مريضاً؟

٤- السرية:

- مانوع السجلات التى تحتفظ بها؟ من يستطيع الوصول إليها (شركات التأمين، المشرفون).
- ماهى الحالات التى يُسمح لك فيها أن تخبر الآخرين عن الأشياء التى نناقشها؟ (التحديات الانتحارية أو القتل، إساءة الطفل، قضايا المحاكم، شركات التأمين، المشرفون).
- هل لأعضاء آخرين من أسرتى أو المجموعة الحق فى الوصول إلى المعلومات؟

٥- الأتعاب:

- ماهى أتعابك؟
- ماطريقة الدفع؟ فى الجلسة، أو شهرياً، إلخ؟
- ماهى سياستك بخصوص رفع الأتعاب؟ (على سبيل المثال، كم عدد المرات التى رفعتها فى السنتين الماضيتين؟)
- إذا فقدت مصدر داخلى، فهل يمكن تخفيض الأتعاب؟

ثالثاً: المعالج النفسي المسئول

اساسيات يُوَصَّى بها لأخلاقيات العلاج النفسي:

سوف نبدأ الآن بـ شرح - وسنذكر مبادئ -
العلاج النفسي (عقود، موافقة معلومة، ومشاركة متساوية في القرار) غالباً
ما تكون غير متناسقة مع الدور والمسئوليات العرضية للمعالج ومسئوليات
القدرة الخاصة بالمعالج والمريض، وإنها قد تكون لها تأثير مضاد لذلك
المقصود. وتركز المناقشة على استخدام العقود والموافقة المعلومة وتصنف
المجاذلات الخاصة بالمشاركة المتساوية في القرارات.

اساسيات يُوَصَّى بها نجاه المسئوليات الخاصة بالدور:

إن المعالجين مرتبطون بالواجب المهني ليكونوا أخلاقيين وفعالين في كل
قراراتهم (Redlich & Mollica, 1976: 125) ولكن واجبنا الأعظم هو
لمرضانا أو عميلنا والالتزام يكون باعطاء خدمة (Foster, 1975: 55). وإنه
بالتأكيد في نطاق مسئولية الدور للمعالج أن يكون أخلاقياً (APA, 1977,
1979)، ولكن في أوقات يمكن أن تكون الأخلاقيات مضادة للعلاج. وما يكون
أخلاقي قد لا يكون فعالاً، وما يكون فعالاً قد لا يكون أخلاقياً. وفي المستوى
الأعلى للتجريد يكون التصادم بين الحق لحرية الفرد والإستقلال والاختيار
الشخصي وبين الواجب المهني للطبيب للشفاء والعلاج (Foster, 1978: 71).
وتشتق إمكانية التناحر المطلق بين العلاج الأخلاقي والعلاج الفعال جزئياً
من حقيقة أن التوصيات الأخلاقية إما أنها لا تتبع أى نموذج نظري للعلاج
النفسي أو المرض النفسي أو تتبع من بعض النماذج ولكن ليس من الأخرى

ز) إذا لم أَدفع الأتعاب، فهل تقدمنى إلى محكمة المطالبات الصغيرة؟ وهل
تستخدم وكالة تحصيل أو محامياً؟ وتحت أية ظروف؟

٦- امور عامة:

أ) ماهو تدريبك وخبرتك؟ هل لديك رخصة، وهل يتم الإشراف عليك، وهل
تشهد لك هيئة؟
ب) من الذى أتحديث إليه إذا كان لدى شكوى بخصوص العلاج الذى لا يمكن
أن تصل به إلى النجاح؟ (على سبيل المثال، المشرف، هيئة مختحن
الأخصائيين النفسيين).

ويتناول العقد (كراثة الشروط) معظم هذه الأسئلة. وسوف أذكر سعيماً
بتفسيرها، وبالإجابة على أسئلة أخرى توجهها. وسوف يساعد هذا على إتخاذ
قرارك بحيث يكون قراراً جيداً. وتستطيع أن تحتفظ بهذه المعلومات. من
فضلك إقرأها بعناية فى المنزل. وسوف تفحص هذه أيضاً من وقت إلى آخر.

إنما تتبع هذه الاعتبارات التي قد يجد فيها بعض المعالجين صعوبة في عمل ممارسات معينة تتناغم مع تقنياتهم العلاجية. على سبيل المثال، الاستقلال وحرية الاختيار هما مركزان أخلاقيان متسقان مع تفكير ديمقراطي، وفي حين أن كلا منهما هدفاً، تقنية للعلاج النفسي الوجودي يتسقان مع نموذج النظرى الخاص بالشخص، فإنهما لا يشتقان بسهولة من مبادئ التحليل النفسي أو تعديل السلوك. وسوف نأخذ في الاعتبار على نحو التحديد ما إذا كانت العقود والموافقة المألوفة متسقان مع مسئوليات الدور الخاص بالمعالج النفسي.

العقود: لا تكون العقود غير متسقة على نحو مطلق أو على نحو مطلق مع أى شكل من أشكال العلاج النفسي. حقاً، إن كل أشكال العلاج النفسي تتم تحت صورة ما من التعاقد الواضح أو الضمني. فالمحلل النفسي والشخص الذي يجرى تحليله، على سبيل المثال، يكونا بوضوح تحت عقد يتبع خطوطاً إرشادية معينة خاصة بالعلاج التحليلي (على سبيل المثال ليس لإعطاء نصيحة معينة أو تداعى حر، نسبياً). ويستطيع الفرد حتى أن يملك عقداً يحل كل المشاركين من أى مسئوليات مع أنه من المحتمل لا يكون مقبولاً قانونياً.

وتنشأ صعوبة مع ذلك، حينما يطبق عقد مناسب لأخذ النماذج العلاجية على نموذج آخر غير متسق. والعقود التي يوصى بها بعض المعالجين قد تكون متطابقة أساساً مع منظور سلوكي ولا تكون متطابقة مع منظورات علاجية أخرى (أنظر Schwartzgebel, 1975; Atthowe, 1975; Stuart, 1975). وليس من الواضح كيف أن العقود التي تحدد الأهداف، ومدة العلاج، وتقنيات التدخل سوف تعمل مع النماذج الأخرى الخاصة بالعلاج. ويستتجد

ميننجر (Menninger, 1958) نموذجاً تعاقدياً في نطاق إطار خاص بالتحليل النفسي، ولكن يختلف هذا العقد كثيراً عن العقود النوعية والواضحة الخاصة بأنثوار (Atthowe, 1975)، وستورات (Stuart, 1975) والتي تترك مفتوحة وغامضة التكرار، والمدة، ومركزة العلاج بدقة لغرض زيادة تحكم المريض. ويقرر هارماستين وزملاؤه (Hare-Mustin et al., 1979:9) أنه إذا لم يستطع المريض أن يكون محدداً في النظر إلى هدف «فإن هذا يتحدى المعالج للمساعدة على ترجمة شكاوى غامضة إلى مشاكل نوعية». ومن المحتمل أن معالجاً وجودياً أو تحليلياً أو متمركزاً حول العميل سوف يأخذ قضية بالقيمة العلاجية لعمل مثل هذه الترجمة. وكما يشير مارجولين (Margolin, 1982)، في العلاج الأسري، فإن «الأهداف المقررة على نحو مفتوح قد تختلف عن جداول أعمال سرية... والأهداف التي تبزغ خلال سير العلاج قد تختلف عن الأهداف المقررة في البداية». ويقرر باركر (Parker, 1976: 258) «أنه في العلاج النفسي الموجه نحو التحليل النفسي... فإن مثل هذه العقود الخاصة بالشفاء أو حتى العقود التي تلخص نوعيات عملية العلاج سوف تكون غير ملائمة، وفي الحقيقة، غير منتجة... وتوجد مقاومة مبيتة كافية للعلاج النفسي التحليلي... التي يجب أن تضيف مزيداً من الفحم إلى النار».

ومع أنه توجد صعوبات في عمل العقود المتسقة مع نماذج متنوعة من العلاج النفسي، فإنه لا توجد صعوبة في عملها متسقة مع نموذج تجاري أو خاص بإدارة الأعمال، تشتق منهما على نحو أكثر ملائمة. وفكرة تبادل رسمي للبضائع والخدمات بين المشاركين المستقلين مع إختيار حر تكون أكثر وضوحاً في الشراء والخدمات من مهنيين مثل المحاسبين والتجارين والنقاشين. وقد كان يُستخدم نموذج تعاقد في نطاق العلاقة بين الطبيب/المريض، ولكنه كان عقداً

أكثر ضمنياً منه واضحاً... ويقوم نموذج التعاقد تقريباً بشكل أكثر من فكرة تبادل اجتماعي للبضائع والخدمات (Schwitzgebel, 1975: 819). يفضل مسير من المعالجين العمل كمعالجين أسرى من أساس من إدارة أسرى سجون أن حقوق المرضى تتداخل مع قدراتهم على تلقي علاج فعال (Wiseman, 1978). وأنهم يجبرون على علاج نفسي دفاعي comprehensive psychotherapy لا يكون أقل فاعلية وعاجزاً في أوقات معينة (Gurevitz, 1977).

موافقة معلومة: تقرر معايير رابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية الأخلاقية (APA, 1979) «أن الأخصائيين النفسيين يخبرون قاصداً الفرض والطبيعة كالمستهلكين أكثر من التدخل». ويقال أن الموافقة تخبر إذا كانت كل المخاطر والعواقب الممكنة الخاصة بالإجراء الذي نحن بصدد أن كل الإجراءات البديلة مقدمة للمريض وأعطى المريض دليلاً بأن التقدير كان مفهوماً (Meisel et al., 1977). ومع ذلك، فإن عدم الثبات والأسى والاضطراب أو البناء الدفاعي الدافعي لمريض العلاج النفسي قد يجعل من الصعب إفشاء كل المعلومات المتعلقة (Morse, 1967) «إذا كان إفشاء معلومات معينة - بصفة خاصة مخاطر العلاج - يحتمل أن تسبب الاضطراب للمريض على نحو خطير لدرجة أنه سيكون غير قادر على اتخاذ قرار منطقي» فإن للطبيب حينئذ «الامتياز العلاجي» لحجب مثل هذه المعلومات (Meisel et al., 1977: 286).

ولا ينقص المعالجين النفسيين والمرضى القدرات الضرورية للتنقيب فقط ولكن الموافقة المعلومة تكون متنافرة بشكل متلازم مع كثير من التبعيات العلاجية. ويكون كل من الخداع والمعالجة متضادين للموافقة المعلومة ولكن

مركزين لنماذج العلاج النفسي الاستراتيجية الخاصة بالأنظمة، والتأثير الاجتماعي (Gillis, 1979).

وفي الواقع، قد تحدث كمية كبيرة من الممارسة والنضال الاجتماعي في كل أشكال العلاج النفسي. ويقدم مارجولين (Margolin, 1982) توضيحات خاصة بالصعوبة الخاصة بكون معالج أسرى منفتحاً وفعالاً ينرج إلى التأثير المؤيدة للموافقة المعلومة على التقنيات التحليلية، ويصف إجراء يعجز العميل من فشل ممكن في التحسن، وإمكانية التدهور، والاعتمادية الكبيرة الممكنة، والاتعاس الانفعالي مع المعالج، وإمكانية حدوث طلاق أو إنتحار، وأن أي شيء يقال قد يستخدم لارتكاب جريمة. وإذا ما نفذ على نحو لائق الشكل أعلاه، فإنك قد تدخل الآن حجرة الاستشارة الخاصة وتضع يديك في جيبك الطبيب النفسي أي شيء وكل شيء يأتي إلى العقل (Lebensohn, 1978:36). ويتضح التمييز بين العلاج الأخلاقي والفعال في التناقض (أ) تأييد كريان (Coyne, 1976a) وكريان وريديجر (Coyne, 1978) & Widigers، لمشاركة منسجمة ومتساوية وأسبنة عن طريق العميل، (ب) نموذج كريان (Coyne, 1976 b) للاكتئاب ومساندته كتقنيات استراتيجية علاجية.

المريض! تُسند له مهام متعة، وغير مشهية، ومتكررة... بالتوازي من أن المريض لا يُستغف به أو يُدلى من شأنه. ويتخذ بصفة مستمرة أدائه للمهمة باعتباره غير كامل، ويستمر هذا... حتى «ينفجر» المريض، ويرفض إتباع الأوامر، أو يصبح لفظياً عدوانياً (نادراً بدنياً)... وتعطى تعليمات (التيئة) بأن لا تستسلم لمطالب المريض بأن يترك وحيداً ليغاث، وليس لمحاولة إيجاج وسعاده، ولا لتقديم العطف أو التشجيع (Coyne, 1976 b:38).

وبالتأكيد، لا ينتج هذا العلاج من نموذج أخلاقي من المشاركة المتبادلة التي تمنح المريض الوضع الخاص براشد مسئول مع «إشياء كشيء» دور نشيط ومسئول للمريض» (Coyne & Widiger, 1978: 701, 707)

موسيات يونس بها معادل مسوييد مرسيد.

كانت الصعوبة الرئيسية في تأسيس مسئولية قانونية في تحديد الصلة العرضية بين الإيذاء وأعمال التفويض أو الحذف بواسطة معالج (Kennedy, 1975). ويوجد شك في أن بعض التغير قد يحدث فقط خلال العلاج، ولكن المدى الذي يجعل المعالج سبباً في النتائج هو في الواقع مسألة نظرية وإمبريقية وفلسفية... وإذا ما أخذ في الاعتبار أشكال العزو المتسارعة عن طريق نماذج نظرية مختلفة ممتزجة بالعجز عن تحديد تأثيرات عسبية منفردة، فإنه من الواضح عدم إمكان الحصول على إتفاق خاص بالمسئولية العرضية وبالتالي على الحدوث (Rothblatt & Leroy, 1973).

متطلبات يؤمن بها مقابل مسئوليات القدرة:

تقرر المعايير الأخلاقية (APA, 1979: 5) أن «الأخصائيين النفسيين يخبروا على نحو كامل المستهلكين بالنسبة لغرض وطبيعة (تدخل) ... ويخطروا أن العملاء والطلاب أو المشاركين في البحث (والعلاج) لهم حرية اختيار بالنسبة للمشاركة». وهذا هو مبدأ جدير بالثناء، ولكنه قد يكون في الحقيقة فوق قدرات المريض والمعالج. وقد لا يكون لدى المعالجين القدرة على إخبار مرضاهم تماماً، كما أن المرضى بسبب عجزهم المتلازم أو وضعهم التفاضلي بالنسبة للمعالج قد لا يملكون القدرة على تقديم اختيار حر ...

قدرة المريض: مسئولية قدر المريض هي قضية مركزية حينما يعتبر الفرد أن العقود أو الموافقة المعروفة هي في نطاق العلاج النفسي (Appelbaum & Roth, 1981). والمعالجون الذين يعارضون العقود والموافقة المعلومة يعبرون بشكل فطري عن الاعتقاد بأن المرضى بسبب مرضهم أو اضطرابهم النفسي لا يمتلكون القدرات الضرورية لإعطاء موافقة معرصة للموافقة على عقد (Moore, 1978). ويقرر فوستر (Foster, 1975:159) أن «المرضى الأكفاء تماماً لا يحتمل أن يفهموا صور الموافقة المعروفة المعقدة التي يوقعونها عند الدخول إلى وحدة مرضى داخليين لأنهم مغمورون جداً بالقضايا التي أحضرتهم إلى المستشفى، ويكونوا في حالة إحتياج وإثواء عقلي». وقد بينت الدراسات الإمبريقية أن كثيراً من مرضى المستشفيات العقلية المتطوعين كان لديهم فكرة قليلة عن ما قد وافقوا عليه أو ماذا تضمنت الموافقة (Appelbaum et al., 1981). ويقرر «أبيلبوم وزملاؤه» (1981). أن نتائجهم «يجب أن تعطى رقة لأولئك الذين يبحثون عن توسيع التشكيل النامي بشكل دائم للعلاقة... وبصفة خاصة أولئك الذين يتكلمون عن إستخدام عقد» (ص 1469).

وأخبار المريض لبدائل أو مخاطر العلاج قد يكون له قيمة ضئيلة. «فكل المعرفة في العالم لن تساعد مريضاً مكتئباً يعمل إختياراً غير مكتئب... كيف يمكن للمريض أن يعمل إختياراً مسئولاً بخصيص ضبط السلوك عندما يكون ميكانيزم إختياره هو في الغالب نفس موضوع الإجراء؟» (Neville, 1972:7). والمرضى العقلي ليس متغيراً مستقلاً يتعلق على نحو عكسي بالتفسير التابع للاختيار آخر ولكنه بالتعريف متعلق عكسياً به... إن عملاً ما ينتج

العلاجية الموجودة حالياً. والمبادئ الأخلاقية المتسقة مع بعض الأوضاع النظرية والفلسفية ستكون بالضرورة غير متسقة مع الأخرى (مالم تكن فارغة). ولذلك، فإن قرار ماهر أخلاقى مع ماهر علاجى سوف يحتل أن يكون متعلقاً بتوجهات مختلفة... وإذا كانت بعض النسبية لا يمكن تجنبها، فإن الحل الممكن حينئذ سيتطلب من كل معالج أن يقوم بالتسابعة وأن يتخذ قراراته من أجل مع لجنة الأخلاقيات المعنية - مجموعة من المبادئ التي سوف تكون متاحة لكل عميل متوقع. وسوف يُحكم على أعمال كل معالج طبقاً لهذه الأخلاقيات وقد لا يكون مثل هذا القرار النسبى مقبولاً برضوح لأولئك الذين يعتقدون في قيم مطلقة ويصرون على معايير شاملة، ولكن بعض المهادنة تبدو ضرورية. ولا يبدو أن المعايير يمكن أن تكون شاملة ومعينة. والافتراض أن هناك معياراً متميزاً تمثل في أنه يمكن أن يسمح لكل معالج أن يصيغ مجموعة متسقة مع الخطوط الإرشادية الأخلاقية والمبادئ العلاجية.

(Parker, 1976). وفي حين يرفض «كوبان وويديجر» (1978) فكرة صبر المريض، فإنهما يجادلان بأن وضع المريض غير المفطور يتركه في فكرة خاطئة عن العلاقة التعاقدية الصادقة. وعدم الإنصات والاحترام لديهم القدرة على اتخاذ القرار المشترك ولكن ليس بالنسبة للمريض المرصى لديهم القدرة على إعطاء موافقة سريرة.

قدرة المعالج: وفي النهاية، نأخذ في الاعتبار ما إذا كانت الأخلاقية تتناغم مع مسئولية قدرة المعالج. والتعاقد بالنسبة للمعالج أو تأثيرات العلاج يتضمن بعض القدرة على حكم أو ترجيح النتائج ونتيجة العلاج. ومع ذلك فمن غير الواضح، كيف أن المعالج يمكنه للعميل أن المعالج سوف يؤثر أو سوف لن يؤثر في إحسنة وسلوكيات أو أشخاص آخرين... وليس من الواضح أن المعالج يمكنه تقديم المعلومات الضرورية لموافقة معلومة، لأن مخاطر وعواقب العلاج واسعة جداً وغامضة ومعقدة لدرجة أنها تعطي فكرة خاطئة عن تقديم

الاستنتاج:

إن جزءاً من مسئولية دور المعالج النفسى هو أن يكون أخلاقياً. ولكن الحل العلاجى والأخلاقى يتضمنان التزامات متلازمة. فإذ لا يمكن ببساطة تضمين عقود وموافقة معلومة، وليس موضوع هجر مبادئ أخلاقية. بيانج (Jung, 1963: 330) أنه «لا شيء يمكن أن يحلينا من عدم الأخلاقى».

ويوصى تحليلنا إلى أن التعذيب أكبر مما أخطر به. لأن ليس الحصول على مجموعة واحدة من المبادئ الأخلاقية التي تتسق مع الأخلاق

دليل المراجعة الإرشادية للعلاج مع المصابين

نشر من قبل المجلس الوطني للصحة العقلية

١٠١ - يجب أن يكون المريض قادراً على فهم الفوائد القائمة

من العلاج، وأن يكون قادراً على اتخاذ قراره بحرية

٨- في حين أن أهمية إتاحة معلومات دقيقة لأسرة العميل يتم تبينها، فإن
ميزة الاتصال بخصوص التشخيص والتنبؤ والتقدم تكمن إلى أقصى حد
مع العميل وليس مع المعالج

٩- يجب أن يكون المريض قادراً على فهم طبيعة التقييم

١٠- إن الاختصاصات الأساسية للمعالج تشمل: تقييم حالة المريض، وعرضه للعنف، شكل
إساءة بدنية أو جنسية، أو أن يتعارف مع المريض ومعرفة طبيعة المشكلة من وجهة
نظره.

١١- يجب أن يتأكد المعالج من أن المريض قد فهم المعلومات المقدمة له جنسية العملية
باعتبارها إجراء طبي، وأن يتبين هذا أن المريض قد فهم طبيعة العملية الجنسية
الخاصة

١٢- يجب أن لا يكون المريض قد فهم من قبله معلوماته عن طبيعة العملية
ولا يعاملها كمرض نفسي.

الخاصة بالوقت والتوقيت والتقييم

- 8- Bersoff, D. (1975). Professional ethics and legal responsibilities: On the horns of dilemma. *Journal of School Psychology*, 13, 359-376.
- 9- Coyne, J. (1976a). Comments: The place of informed consent in clinical psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 1015- 1016.
- 10- Coyne, J. (1976b): Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 29-40.
- 11- Coyne, J., & Widiger, T. (1978). Toward a participatory model of psychotherapy: *Professional Psychology*, 9, 700- 710.
- 12- Davison, G. (1978). Not can but ought: The treatment of homosexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 170-172.
- 13- Dworkin, G. (1972). Paternalism. *The Monist*, 52, 64-84.
- 14- Finkel, N. (1980). Therapy and ethics: The courship of law and psychology. New York: Grune & Stratton.
- 15- Foster, H. (1975). The conflict and reconciliation of the ethical interests of therapist and patient. *Journal of Psychiatry and Law*, 2, 39-61.
- 16- Foster, H. (1978). Informed consent of mental patients. In W. Barton & C. Sanborn (Eds.), *Law and the*
- 1- Adelman, L., & Orgel, M. (1975). *Through the mental health maze*. Washington, DC: Health Research Group.
- 2- American Psychological Association. (1977). *Standards for practitioners of psychology*. Washington, DC: Author.
- 3- American Psychological Association. (1979). *Ethical standards of psychologist (Rev. ed.)*. Washington, DC: Author.
- 4- American Psychological Association. (1990). *Ethical principles of psychologists (amended June 2, 1989)*. *American Psychologist*, 47, 390- 395.
- 5- American Psychological Association. (1992). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. *American Psychologist*, 47, 1597- 1611.
- 6- Galbraith, P., & Roth, L. (1981). Clinical issues in the assesment of competency. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1462- 1467.
- 7- Howe, J. (1975). Legal and ethical accountability in everyday practice. *Behavioral Engineering*, 3, 25- 38.

- 24- Lebensohn, Z. (1978). Defensive psychiatry or how to treat the mentally ill without being a lawyer. in W. Barton & C. Sanborn (Eds.), Law and the mental health professionals. New York: International Universities Press.
- 25- Leifer, R. (1964). The psychiatrist and tests of criminal responsibility. *American Psychologist*, 19, 825-830.
- 26- Margolin, G. (1982). Ethical and legal considerations in marital and family therapy. *American Psychologist*, 37, 788-801.
- 27- Meisel, A., Roth, L., & Lidz, C. (1977). Toward a model of the legal doctrine of informed consent. *American Journal of Psychiatry*, 134, 285-289.
- 28- Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books.
- 29- Meyer, R., & Smith, S. (1977). A crisis in group therapy. *American Psychologist*, 32, 638-662.
- 30- Moore, R. (1978). Ethics in the practice of Psychiatry-Origins, functions, models and enforcement. *American Journal of Psychiatry*, 135, 157-163.
- 31- Morse, H. (1967). Psychiatric responsibility and tort liability. *Journal of Forensic Sciences*, 12, 257-258.

- mental health professions. New York: International Universities Press.
- 17- (1979). *Social influence in psychotherapy*. New York: The Plenum Press.
- 18- (1977). Tarasoff: Protective privilege versus public peril. *American Journal of Psychiatry*, 134, 289-292.
- 19- (1979). Rights of clients, responsibilities of therapists. *American Psychologist*, 34, 3-16.
- 20- (1963). *Memories, dreams, reflections*. New York: Pantheon.
- 21- Medley, C. (1975). Injuries precipitated by psychotherapy: Liability without fault as a basis for recovery. *South Dakota Law Review*, 20, 401-417.
- 22- (1977). A problems of absorption. *APA Monitor*, March, P. 2.
- 23- (1976). Civil liberties and aversive conditioning for children. *American Psychologist*, 31, 94-95.

39- Schulberg, H. (1976). Quality- of- care standards and professional norms. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1046- 1051.

40- Schulberg, H. (1975). Contractual model for the protection of the rights of institutionalized mental patients. *American Psychologist*, 30, 815-820.

41- Schwitzgebel, R. (1976). Treatment contracts and ethical self-determination. *Clinical Psychologist*, 29 (3), 5-7.

42- Sehdev, H. (1976). Patients' rights or patients' neglect: The impact of the patients' rights movement on delivery systems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1976, 46, 660-668.

43- Strupp, H., & Hadley, S. (1977). Atripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to megative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32, 187- 196.

44- Stuart, R. (1975). Guide to client-therapist treatment contract. Champaign, IL: Research Press Co.

32- 35- R. (1972, December 17). Ethical and philosophical issues of behavior control. Paper presented at the 1972 annual meeting of the American Association for the Advancement of Science.

33- 36- This work is a contractual model of treatment. *American Psychologist*, 31, 257-258.

34- 37- E. & Mollica, R. (1976). Overview: Ethical issues in contemporary psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 133, 125- 136.

35- 38- 39- D. (1974). Harm, offense, and nuisance: Some first steps in the establishment of an ethics of treatment. *American Psychologist*, 29, 233- 258.

36- 40- 41- R., & Sherrer, C. (1973). Malpractice: What's new? *Professional Psychology*, 4, 270- 276.

37- 42- 43- H., & Leroy, D. (1973). Avoiding psychiatric malpractice. *California Western Law Review*, 9, 260- 272.

38- 44- 45- Z., & Mitchell, C. (1976). Couples research as couples counseling: Some unintended effects of studying close relationships. *American Psychologist*, 31, 17-25.

الفصل الرابع

القضايا الأخلاقية والقانونية في العلاج النفسي

مقدمة:

يتناول هذا الفصل القضايا الأخلاقية والقانونية في العلاج النفسي حيث يلتقي الضوء على عدة محاور هامة تتمثل في الاعتبارات الأخلاقية والقانونية في العلاج الزوجي والأسري، والقضايا الأخلاقية في ممارسة الصحة النفسية في الريف، والقضية الأخلاقية للإلتقان في العمل مع مريض الانتحار، والقضايا الأخلاقية والقانونية في العلاج بالبريد الإلكتروني، والفوائد والمخاطر الخاصة بالعملاء والأخصائيين النفسيين في مجال العلاج النفسي عن طريق التليفون. وفي الصفحات التالية، سوف نعرض لكل من هذه المحاور معتمدين في ذلك على المبادئ الأخلاقية المقررة في رابطة علم النفس الأمريكية APA.

أولاً: الاعتبارات الأخلاقية والقانونية

في العلاج الزوجي والأسري

المسؤولية:

تتمثل المسؤوليات الأولى للمعالج في حماية الحقوق وتعزيز الرفاهية لعملائه. وتشتمل الأزمة مع العملاء المتعديين في أنه في بعض المواقف قد يكون التدخل الذي يخدم أفضل المصالح لأحد الأشخاص مضاداً لعلاج آخر. حقاً، إن نفس السبب الذي فيه تميل أسر إلى السعي لعلاجهم يكون بسبب وقوع أهداف واهتمامات متصارعة...

45- ٢٧

3. (1977). Honest labeling and other procedures for the protection of consumers of counseling. Personnel and Guidance Journal, 56, 206- 209.

46- ٢٨

(1978). Where the public peril begins: A survey of psychotherapists to determine the effects of Tarasoff. Stanford Law Review, 31, 165- 190.

47- ٢٩

2. L. (1967). The technique psychotherapy (2nd ed.). New York: Grune & Stratton.

ويجب أن يضمن معالج الأسرة أن تحسيناً في وضع أحد أعضاء الأسرة لا يحدث على حساب عضو آخر بالأسرة. وليس هذا الهدف فريداً تماماً لعلاج الأسرة... ومع ذلك، نجد أن ما يميز معالج الأسرة عن المعالج الفردي هو الالتزام بالهدف المشترك. فالمعالج لا يهتم فقط بالأسرة ككل بل يهتم أيضاً بالأسرة ككل. إنغماس مباشر مع كل أعضاء الأسرة، يستطيع معالج الأسرة أن يُقيم مباشرة كيف أن سلوك كل شخص يؤثر في أعضاء الأسرة الآخرين.

وللعمل على نحو بنائي في مواجهة احتياجات الأسرة المتصارعة، يحدد بعض المعالجين نظام الأسرة أكثر من فرد أو آخر، مثل «المريض». ويصبح معالج الأسرة حينئذ نصيراً لنظام الأسرة ويتجنب أن يصبح وكيلاً لأي عضو واحد بالأسرة. وبافتراض أن التغير عن طريق شخص واحد يؤثر ويتأثر بأعضاء الأسرة الآخرين، فإن نصير النظام يضمن أن كل تعريفات المشكلة وخططها للتغير تعتبر في سياق الأسرة بكاملها... وإذا ما أخبر بدور المعالج كنصير للنظام، فإن أعضاء الأسرة يفهمون ويقبلون بصفة عامة هذا الوضع، رغم أنهم في لحظات معينة لازالوا يجتذبون المعالج كحليف شخصي....

وتوجد لحظات معينة يكون فيها العمل كنصير لنظام العلاقة وفعالاً التغير للتعامل لا ينصح به. وبين ويس وبيرتشر (Weiss & Birchler, 1978) أن تحالفاً يقوم على الهدف المزعوم لتغيير العلاقة يكون مضاد علاجى Countertherapeutic إذا سعى قرين للعلاج كطريقة للخروج من العلاقة أو لتسهيل عبء إعلان قرار للإفصال. وفي هذه الحالة، يحتمل أن تأكيداً على العلاقة يزيد الأمل والاستثمار الانفعالي للفرض المرفوض مع إحباط لاحق وإحساس بالفشل باعتبارهما النتيجة القصوى لذلك الشخص. وبالمثل، يكون من المضلل إبقاء مظهر العمل على العلاقة حينما يكون الهدف الحقيقي هو تغيير السلوك الخاص بعضو الأسرة (على سبيل المثال، تخفيض شرب الآت أو

زيادة إزعاج الطفل). وإذا كان الفرد الدريشة في تلك الحالات تحت إنطباع خاطئ بأنه سيوجد تغير مشترك، فإنه قد ينتهي بشعور خادع بواسطة كل من المعالج وأعضاء الأسرة الآخرين.

وفي النهاية، فبالإضافة إلى الاعتبارات الإكلينيكية، توجد وصفات قانونية تحدد رفاهية الفرد السابقة على قضايا العلاقة. والالتزام الاوضح في هذا الخصوص يحدث في مثال الاساءة البدنية بين أفراد الأسرة. والقوانين التي تقرر الاساءة ضد الطفل تتطلب من المعالجين أن يخبروا السلطات إذا شكوا أن طفلاً قد كان تم إساءته، رغم العواقب الممكنة للتحالف العلاجي مع أعضاء الأسرة الآخرين. ومع أن الوصفة القانونية للتصرف ليست واضحة تماماً كما هي بالنسبة للإساءة بين شركاء الزواج، ولا زال الهدف الأول هو تخفيض خطر الأذى البدني. وإذا لم يكن تحقيق هذا الهدف في نطاق سياق العلاج المشترك فإن المسؤولية الأخلاقية للمعالج هي التخلي عن دور المؤيد للعلاقة ويساعد الشخص المهدد على إيجاد حماية (Margolin, 1979). وعلى نحو أكثر عمومية، يمكن إستنتاج أن مسؤولية معالج الأسرة تشمل أن يكون مناصراً لأعضاء الأسرة الفرديين الذين لا يستطيعون أن يمثلوا بدقة حقوقهم الخاصة ويحتاجون أو يتبينوا متى تكون هذه منتهجة بواسطة عضو آخر بالأسرة. ونحو هذه النهاية، توجد مواقف معينة يأخذ فيها التدخل لمساعدة فرد على التحرر من الأسرة أسبقية على أهداف الأسرة كنظام....

السرية:

كيف تترجم الممارسات المعيارية السرية من العلاقة الثنائية التقليدية للعميل/المعالج إلى علاقة علاجية تشمل أعضاء عديدين بالأسرة؟ فيوجد موقفان متباعدان في هذا الخصوص. فأحدى التفضيلات هي أن المعالج يعالج

سرية كل عضو بالأسرة كما لو أن ذلك الشخص كان عميلاً فردياً. بمعنى أن المعلومات التي يتم الحصول عليها خلال جلسة خاصة، أو خلال مكالمة تليفونية، أو من مادة مكتوبة لا تُفشى للأعضاء الآخرين في الأسرة. وفي الواقع، يرتب بعض المعالجين لجلسات مع أعضاء الأسرة الفردية، جميعاً بشكل نشط للمشاركة في «أسرار» لفهم ما يحدث في الأسرة. وقد يعمل المعالج حينئذ مع العميل الفردي على أمل تمكين ذلك الشخص على إفشاء نفس المعلومات في الجلسة الأسرية. ومع ذلك، فإذا ما كان لابد من التماس عن الحدث، فإن المعالج يدعم سرية العميل الفردي ويبقى صامتاً في ذلك الموضوع إزاء أعضاء الأسرة الآخرين.

ويتبنى معالجون آخرون سياسة عدم حجب أسرار عن أعضاء الأسرة الآخرين. إنهم يحبطوا بوضوح مشاركة أي معلومات قد تؤدي إلى تحالف خاص مع فرد واحد ويستثنون أعضاء الأسرة الباقين الذين لا يعلمون. وعلى نقب المراجعات التقليدية الإضافية للعلاج النفسي الذي يعتنق سرية العميل/المعالج كعامل حاسم في الفاعلية الشاملة للعلاج، وتسد هذه الوقفة بشكل أساسي حدوث سرية بين أحد أعضاء الأسرة والمعالج. والمعالجون الذين ينتسبون لهذا المجال يتجنبون بصفة عامة تلقي أسرار فردية عن طريق جلسات مشتركة مقابل جلسات فردية. ومع ذلك، فإن هذا الإجراء الوقائي غالباً ما يبرهن على نحو غير كاف مقابل المشاركة في الأسرار الفردية. وإذا لم يتم إعلام العميل بشكل مباشر بسياسات المعالج، فإن العميل الذي يسعى إلى إفشاء معلومات شخصية سوف يجد طريقة لعمل هذا.

وبين هذين الوضعين المتطرفين توجد خطوات متوسطة أكثر من معاجة كل المعلومات المشاركة في الجلسات الفردية كسرية، وقد يشير المعالج إلى أن

(١) بصفة عامة، شروط السرية لا تنطبق، ولكن (٢) للعميل الحق في أن يطلب أن تبقى أي معلومات معينة سرية وسوف يستجيب المعالج لأي من مثل هذه الطلبات. وبالمثل يجب تبين أن المعالج الذي لا يعد بالحفاظ على السرية قد يرغب، حقاً، في معالجة الاختلاف. بأكثر من معلومات معينة. على المثال، عند المواجهة بمعلومات أن أحد الأقران قد مارس علاقة جنسية غير شرعية، بصفة خاصة علاقة قد إنتهت منذ أمد طويل، فإن كثير من المعالجين يجدون من غير الضروري وما لا ينصح به مشاركة مثل هذه المعلومات في تبليغ أنه لن يحفظ الأسرار الخاصة بالأعضاء الفرديين للأسرة، فإن المعالج يجب أن يتجنب تضمين أنه لن يحجب أي شيء. وباستثناء الاعتبارات القانونية المذكورة سابقاً، فإنه تحفظ للمعالج وليست مسئولية إفشاء معلومات سرية.

وأحد الأمثلة التي تعقد قضايا السرية هي التغيير في شكل العلاج، على سبيل المثال، استبدال العلاج الفردي بالعلاج الزوجي. كيف تتناول المعالج المعلومات التي حصل عليها خلال العلاج الفردي؟ فإحدى الإمكانيات هي أن يحصل على إذن العميل الفرد لإستخدام مثل هذه المعلومات إذا ما لزم الأمر في الجلسات المشتركة. وإذا لم يُمنح الإذن، مع ذلك، فيجب إبقاء تلك المعلومات سرية. وحتى سمح المريض بمشاركة المعلومات، فإن هذا الإذن قد منح بعد الحصول على المعلومات. هل يتذكر العميل كل ذلك الذي عهد إليه به تحت شرط السرية المزعومة من قبل؟ هل كان يمكن أن يستجيب ذلك الشخص على نحو مختلف في العلاج الفردي لو أنه كان معروفاً من البداية أن مثل هذه المعلومات ستكون متاحة للقرين؟

وكما في العلاج الفردي، يجب أن يعلم العميل بحدود سريةهم. وهذا مهم بصفة خاصة في العلاج الأسري حيث أن حدود السرية إزاء أعضاء الأسرة

الآخرين تترك أساساً لتحفظ المعالج. والمعالجون الذين لا يحفظون الأسرار يجب أن يخبروا العملاء بهذه السياسة قبل تلقى مثل هذه المعلومات، وإلا، فإن العميل، بصفة خاصة ذلك الذى قد كانت لديه خبرة سابقة فى العلاج الفردي، يحتمل أن يسلم بأن المعالج سوف يصفى السرية الخاصة به. أعضاء الأسرة الآخرين. والمعالج الذى يبقى على الأسرار الفردية يجب بالإضافة إلى ذلك أن يخبر العملاء بسياسته حتى لا يثابر أعضاء الأسرة على محاولة الحصول على معلومات خاصة بآخر عن طريق المعالج.

وبالرغم من كلا الجانبين من القرار الخاص بما إذا كان أو لم يكن الإبقاء على السرية ممكن الدفاع عنه أخلاقياً، فإنهما يحملان مضمونات إكلينيكية مختلفة. وفى مواقف معينة، فإن الحفاظ على أسرار شريك يحدد بشدة اختيارات المعالج مع عضو آخر بالأسرة. خذ فى الاعتبار على سبيل المثال، الموقف الذى فيه العلاج الزوجى قد بادرت به الزوجة على أثر إكتشاف أن زوجها قد كان يمارس علاقة جنسية غير مشروعة. وفى حين أن الرضا بإعطاء العلاقة محاولة أخيرة واحدة، فإنها متشددة بخصوص إنهاء الزواج إذا لم يته الزوج العلاقة الجنسية غير المشروعة ويبقى مخلصاً جنسياً. وبالنسبة من أن الزوج يوافق مبدئياً على هذا الشرط، فإنه يكشف بعد شهور عديدة للمعالج أنه إستأنف العلاقة الخارجة عن الزواج. وببأس من تجنب إمكانية تدهور روجه له، يرفض الزوج أن ينفش هذه المعلومات فى جلسة مشتركة.

ماهى طريقة تصرف المعالج؟ إذا كانت السرية قد وعد بها الزوج، قد يجد نفسه فى موقف لإخفاء المعلومات التى تكون حاسمة عن قرار الزوج الخاص بإبقاء كلاهما فى العلاج وفى الزواج. وحينما تعلم الزوجة عن العلاقة الجنسية غير المشروعة، فإنها قد تعتقد أن المعالج قد أحمل رفاقتها لصالح

الزوج، حتى أنها قد تتهم المعالج بابقائها فى العلاج لمكسب شخصى. حتى إذا أنهى المعالج الحالة، فإن تفسيراً يكون مديناً به للزوجة، الذى يحتمل أن يحل سرية الزوج حلاً وسطاً. حتى مع أن المعالج قد يعتقد أن التعامل بصراحة مع سلوك الزوج يمكن أن يكون أداة أكثر فاعلية من محاولة تجنب الموضوع، إلا أن التصرف ليس ممكناً بدون إنتهاك سرية الزوج.

والمعالج الذى لم يتعهد بالسرية له إختيارات مفتوحة أكثر، وهكذا يجب أن يأخذ فى الاعتبار بحذر التشعبات العلاجية لتصرفاته. إنه تقرير عدم إفشاء هذه المعلومات عن علاقة الزوج الجنسية غير المشروعة قد تكون مبررة إذا (١) قد جعلت الزوجة من الواضح أنها لا تريد أن تعرف عن سلوكيات الزوج الطائشة، (٢) لن تتداخل العلاقة الجنسية غير المشروعة مع إستمرار العلاج، و(٣) قد إنتهت العلاقة الجنسية غير المشروعة، وبذلك لا يمكن لتصرف المعالج أن يتم تأويله كتشجيع لسلوك الزوج. ومع ذلك، بالنسبة لمحددات هذه الحالة، التى فيها الزوجة قد قررت بوضوح تفضيلها بأن لاتخذ بالاعتقاد بأن زوجها مخلص جنسياً، فإن مناقشة مفتوحة خاصة بعلاقة الزوج الجنسية غير المشروعة وإنذار الزوجة يشار إليها. ومثل هذه المناقشة يحتمل أن تعجل بأزمة العلاقة والتأثيرات طويلة المدى التى لا يمكن التنبؤ بها. وقد يتلقى أحد أو كلا الزوجين المعلومات التى يحتاجانها، وفى النهاية لإنهاء الزواج. وعلى نحو بديل، قد يعمل الزوجان تسهيلات معينة بالرغم من قيمهما المتباعدة بخصوص الإخلاص، على سبيل المثال، قد ينهى الزوج إتصاله طويل المدى دون إلزام نفسه بالإخلاص الجنسي، ويمكن أن تهجر الزوجة إنذارها بخصوص الإخلاص الجنسي طالما أنه لا توجد أعمال جنسية غير مشروعة طويلة المدى.

والمأزق الأكثر صعوبة للمعالج يكون إذا تقاعس أحدهما في نقل سياسته على السرية. ففي تلك الحالة، من الممكن أن الزوج أو الزوجة قد يؤديان تحت إفتراضات مختلفة، على سبيل المثال، سيكون الزوج هو الذي يقرر ما إذا كان ينبغي أن يكون الزوجان معاً في جلسات العلاج الزوجية. ولا يعرف أى قرين حدود السرية ولا إتخذ قراراً شعورياً بقبول هذه الحدود. وكما بالنسبة للإختيارات الإكلينيكية المتاحة للمعالجين الآخرين، فإن أى تصرف يُؤخذ بواسطة هذا المعالج يكون على نحو كامن غير باعث على الرضا لقرين واحد على الأقل. ومع ذلك، فإن هذا المعالج يواجه المخاطرة الإضافية لتضليل شريك أو آخر بخصوص شروط العلاقة العلاجية... وهذا المثال... يوضح أن مركز المعالج في ضوء السرية يمكن أن تكون له تبعات هامة بالنسبة لكيف يكون العلاج الزوجي متقاداً. وبالملاحظة على السرية الخاصة بالشركاء الفرديين، فإن المعالج يحتمل أن تكون لديه معلومات قد لا تكون بالإضافة إلى ذلك متاحة. وإختيارات المعالج بتلك المعلومات محدودة بشدة. ومع ذلك، قد لا يجدها ممكنة لأن توضع المعلومات بالامتياز العلاجي من منظور نظام الأسرة. ومن ناحية أخرى، فإن الخصم على إذن لمناقشة المعلومات على نحو مشترك التي يختارها أو من الشريك للكشف مخاطر ذات أوضاع فردية للقرنين (أى، أنه لا توجد بيئة آمنة للإشاعات السرية) والمخاطر للمعالج (أى، أنه لن يكتسب مدخلاً لمعلومات هامة). ومع ذلك، فحينما تفهم هذه الوقفة بوضوح، فإن الإشاعات الفردية للمعالج قد تشير ببساطة إلى الرغبة في الإرشاد على كيفية طرق محور معالج خاصة مع شريك شخصي...

كما تنشأ قضايا السرية حينما يكون لمعالج جلسات فردية مع طفل. وتطبق المعايير الأخلاقية على الطفل كما تطبق على العملاء الراشدين. وفي بعض الولايات يكون للوالدين الحق في فحص سجلات المعالج، ولكن ليس لهما حق قانوني للمطالبة بأن يحتفظ المعالج المعلومات لهما. فالهدف الرئيسى للمعالج في علاج الطفل هو حماية حقوق الطفل، بصفة خاصة حيث أن الطفل أقل قدرة على فهم أو الحفاظ على حقوقه. وثانياً يجب على المعالج أن يظهر حساسية لهموم الوالدين المهتمين حيث أن مساعدتهما ومساندتهما يؤثران في الفاعلية الشاملة لعلاج الطفل، ويكون من المهم بناء موافقة مع كل من الطفل والوالدين بخصوص ماهى، إذا وجدت أى منها، المعلومات من جلسات الطفل ستتم مناقشتها مع الوالدين. ويجب تحديد حدود السرية، على سبيل المثال، هل يمكن للطفل أن يطلب بصفة معينة أن لا يُخبر الوالدين بمعلومات معينة؟ ويجب أن يحدد كذلك تركيب هذه التغذية الراجعة، على سبيل المثال، مامدى التكرار الذي سيتقابل فيه المعالج مع الوالدين؟ هل يكون الطفل حاضراً في تلك المقابلات؟ وتحديد هذه الشروط، قد يرغب المعالج في الإشارة إلى أن أعضاء الأسرة الآخرين يجب أن لا يضغطوا على الطفل للكشف عن ما قد حدث في جلساته الفردية...

إعتياز المريض

بالنسبة للجزء الأكبر، يميل الإمتياز إلى أن يكون سبباً في التحديد للموقف الذي فيه عميلان أو أكثر تتم رؤيتهم على نحو متزامن في العلاج. حيث أن الإمتياز يغطى فقط الإتصالات التي يتمتم بها سرية. وينشأ السؤال عما إذا كانت العبارات المعمولة في وجود عضو آخر في الأسرة تكون حقاً

سرية؟. كما ينشأ السؤال عما إذا كان الامتياز هو إتصالات عميل بعميل؛ حيث قد بعض المؤسسات الإمتياز إلى أشخاص يساعدون في تسليح الخدمات الشخصية ويكونوا موجودين خلال التمتمة بالمعلومات السرية (على سبيل المثال، الممرضات، الفنن)، قد يوضع نفسه تحت لفتة. أن أعضاء الأسرة (أو أعضاء مجموعة) هم وكلاء للمعالج (Bersoff & Jain, 1980). وبمقتضى التشريع التعريفى على هذه القضايا، لا يستطيع معالج الأسرة على نحو مريح إفتراض أن قوانين الامتيازات الموجودة تحمى الاتصال الذى يحدث خلال العلاج الأسرى، ونظراً لعدم تناغم القوانين الحالية، فإن معالج قد يرغب فى الحصول على تفاهم واضح مع أعضاء الأسرة على هذه القضايا، على سبيل المثال، الحصول على إتفاق مكتوب بأن لا أحد من الأعضاء سوف يطلب من المعالج أن يشهد فى التقاضى.

الموافقة المعلومة والحق فى رفض العلاج:

يشمل الاتجاه بالنسبة للإكلينيكين غطاءً معيناً من إجراءات موافقة معلومة كممارسة إكلينيكية معيارية تعكس كلاً من التوجه نحو العملاء كمستهلكين والتعرف على زيادة التنظيم القانونى للممارسات العلاجية النفسية. والاعتبار الأولى فى العلاج الأسرى هو أن إجراءات من أجل الموافقة معلومة يتم إجراؤها مع كل الأشخاص الذين يشاركون فى العلاج، ويشملون أولئك الأعضاء بالأسرة الذين يلتحقون بالعلاج فى وقت لاحق. وبالإضافة إلى الأسباب الأخلاقية لأخذ الوقت للحصول على موافقة معلومة من الأسرة فإن هذا الإجراء يوصل رسائل علاجية هامة: لا يوجد عضو واحد بالأسرة هو الشخص «المريض». وأنه لا شخص واحد سوف «يُعالج» فى حين يلاحظ الآخرون العلاج ببساطة. لا أحد سوف يُستثنى من معرفة ما يحدث.

وأوصت مراجعات حديثة خاصة بالموافقة المعلومة بأن الأنماط التالية من المعلومات تُقدّم للعملاء قبل المبادرة بالعلاج رسمياً: (أ) تفسيراً للإجراءات وغرضها، (ب) دور الشخص الذى يقدم العلاج ومؤهلاته المهنية، (ج) إنزعاجات أو مخاطر على نحو معقول تكون متوقعة، (د) فوائد علم نحو معقول تكون متوقعة، (هـ) بدائل للعلاج يمكن أن تكون ذات فائدة مماثلة، (و) تقرير بأن أى أسئلة خاصة بالإجراءات سوف يجاب عليها فى أى وقت، (ز) تقرير بأن الشخص يمكن أن يسحب موافقته ويتوقف عن المشاركة فى العلاج أو الاختبار فى أى وقت (Everstine, 1980; Hare-Mustin et al., 1979).

كما تنطبق كل من هذه الخطوط الإرشادية على العلاج الزوجى والأسرى. والخطان الإرشاديان (ج - د)، على سبيل المثال، يستحقان إنتباهاً خاصاً بقدر ما تكون المخاطر والفوائد مختلفة فى العلاج الأسرى عنها فى العلاج الفردى. وحيث أن لكل عضو فى الأسرة لديه تحكم أقل على النتيجة النهائية للأسرة منه فى العلاج الفردى، فإن العملاء يجب أن يندروا أن العلاج الزوجى والأسرى قد يؤدىان إلى نتيجة يُنظر إليها باعتبارها غير مرغوب فيها بواسطة واحد أو الآخر من المشاركين، على سبيل المثال، قرار الطلاق أو المهادنات فى قوة أعضاء الأسرة فوق قوة الآخر.

والبيانات على العلاج الفردى مقابل العلاج الأسرى تكون مركزية للخط الإرشادى (هـ)، بصفة خاصة للشخص غير المتسق بين الرغبة فى تحسين العلاقات الزوجية/الأسرية والرغبة فى ملاذ خاص بعلاقة علاجية فردية. وطبقاً للرأى الشامل لجارمان وكنيسكيرن (Gurman & Kniskern, 1978)، ومع أن العلاج الزوجى قد يبعث على المخاطرة، فإن العلاج الفردى للمشاكل

الزواجية يكون أخطر: العلاج الفردي للمشاكل الزوجية يؤدي إلى تحسين لدى أقل من نصف عملائه، في حين أن العلاجات التي تتضمن كلا الشريكين تؤدي إلى تحسين في ثلثي العملاء تقريباً....

وبالرغم من أن معظم العائلات أو بعض أعضائها ليسوا مهتمين بالمشاركة في العلاج من الآخرين، مما يزيد القضية... الخاصة بالمشاركة التطوعية. ومن الواضح أن إجبار الفرد المقاوم عن طريق أعضاء الأسرة الآخرين أو بواسطة المعالج يكون غير أخلاقي. ومع ذلك، فإن هذا لا يعني أن المعالج لا يستطيع أن يشجع عضو أسرة بشدة على الحضور جلسة واحدة على الأقل لإكتشاف ما قد يقدمه العلاج. ولا يوحى أن المعالج يتجاهل ماهي الأسباب المحددة التي قد تساهم في مقاومة الشخص مثل الشعور بالتهديد. وفي تصنيف ما إذا كان أولئك الذين يمكن عضو معين بالأسرة سوف يشارك في العلاج، يجب على المعالج أن يحدد المدى الذي يتوقع عنده كل شخص أن يشارك، على سبيل المثال، ما إذا كان بعض الأشخاص يستطيعون ببساطة أن يحضروا جلسات العلاج في دور الملاحظ، ويتعلمون بقدر كاف عن العملية العلاجية حتى لا يفعلون شيئاً لعاقة تقدمه. ويجب كذلك أن يشرح المعالج للعصاة المقار أنه إذا بقي أعضاء الأسرة الآخرين يختارون أن يشاركوا، فإن الآلة ككل يحتمل أن تتغير بصرف النظر عن أن ذلك الفرد تعودته المشاركة.

ويأتي مصدر ممكن من الإكراه الذي يحيط بالمشاركة التطوعية من السياسة العلاجية الشائعة نسبياً لرفض رؤية الأسر ما لم يكن كل من الآخرين بالأسرة دون علاج لمجرد أن أحد الأشخاص غير راض بأن يشارك. هل قرار شخص واحد بالانهاه يعني أن كل أعضاء الأسرة يجب أن يتوقفوا عن الإتصال بالمعالج؟ لتجنب الإستنتاج بأن عضواً واحداً بالأسرة يترك على

الآخرين الوصول إلى الخدمات العلاجية، فيجب على المعالجين ذوي التفضيل القوي للعمل مع الأسرة كلها أن يعلموا الأسرة أن معالجين آخرين لا يشاركون بالضرورة هذا التفضيل ويجب أن تكون متاحة لهم قائمة بمصادر إحالة متقنة.

والمعايير للموافقة المعلومه ضرورية، ولكن النمودج التصوري لمعالج الأسرة يحدد إلى قدر كبير درجة النوعية في المعلومات المقدمة... ويمكن أن يعطى معظم المعالجين نظرة شاملة للأهداف (على سبيل المثال، عدد تكرار الجلسات التي سوف تعقد، وطول العلاج الذي سوف يستمر على نحو التقريب). ومع ذلك، نجد أن هناك إزعاجاً كاملاً مع هذا الخط الإرشادي يمكن أن يكون صعباً نوعاً ما، بصفة خاصة بالنسبة للمعالج الإستراتيجي الذي يعبىء الميول المتعارضة لأعضاء الأسرة خلال تدخلات متناقضة (Stanton, 1981).

علامة على ذلك، فإن معظم صور العلاج الزوجي والأسري تتضمن أنماطاً معينة من تناول موافقة معلومة «حقيقية» محدودة واختيار حر بخصوص العلاج. على سبيل المثال، في حين عدم ضمان تغييرات... غالباً ما يجدها المعالجون مساعدة للتعبير عن التفاؤل بخصوص عواقب العلاج في مجهود خفض قلق الأسرة، لزيادة التوقعات وزيادة مجهودات الأسرة المتشعبة (Jacobson & Margolin, 1979). كما قد يتناول المعالج إندماجات لتحسين تدخل. على سبيل المثال، قد يركز بعض المعالجين على قلق الوالدين بالنسبة لأطفالهما، أي «الضغط على التزامات الأطفال بمنأى موثوق فيه من أجل النمو» كفاعلية علاجية لاستشارة التعاون في العلاج الزوجي (Boszormenyi- Nagy & Ulrich, 1981: 183).

الطفل عن ما قد كان يقال يكشف لكل من المعالج والوالدين المدى الذي إليه يفهم كل طفل ماسوف يحدث. والأطفال الذين تعوزهم خلفية الخبرة أو التذوق العقلاني لوزن المخاطر والفوائد لقرار معلوم يجب أن لا يُضغَط عليهم لإعطاء موافقة معلومة مكتوبة (Levy & Brackbill, 1979).

قيم المعالج:

إن تأثير قيم المعالج لا مهرب منها في أي عملية تغيير علاجي يمكن أن يلعب دوراً هاماً في العلاجات الزوجية والأسرية. وتستنبط قضايا مناقشة في العلاج الأسري قيماً شخصية وأسرية ومجتمعية هامة جداً بخصوص الحفاظ على النظام الأسري والعلاقات خارج الزواج، وأدوار الجنسين. والتعامل على نحو علاجي مع هذه القيم لا يكون سهلاً، بصفة خاصة حينما يواجه المعالج صراعاً في القيم بين أعضاء الأسرة المختلفين ويميل إلى تدعيم إعتقادات والمجاهات أحد أعضاء الأسرة فوق الآخر.

وقاية الأسرة:

إلى أي حد يعبر معالج أسري أو زواجي عن آراء شخصية بخصوص ما إذا كان زوجان يجب أن يتفصلا أو يطلقا؟ يوجد المعيار المهني الأوضح لهذه القضية في الكود المهني للإتحاد الأمريكي لعلاج الزواج والأسرة (AAMFT)، الذي يقرر، أنه «في كل الظروف، سوف ينصح المعالج بوضوح عميلاً بأن القرار الخاص بالانفصال أو الطلاق هو مسئولية العميل على نحو منفرد» (AAMFT, 1979)، بالرغم من المناشدة من حيث المبدأ، وهذه الوقفة تكون صعبة، إذا لم تكن مستحيلة للمزاولة في الممارسة. وإحدى وظائف العلاج الأسري، بالتأكيد، هي مساعدة الأزواج المكرويين على أن يقرروا ما إذا كانوا

وهكذا، حتى مع أن العملاء يستحقون تصويراً دقيقاً للعلاج بإجراءات موافقة معلومة، فإن الموضوعية والصراحة الكاملتين قد لا تكونا ممكنتين....

حق الأطفال في الموافقة:

حديثاً كانت هناك مبالغة أساسية متزايدة في الرأي بأن الاضطرار يجب أن يُسمح لهم بممارسة الحق في الموافقة على العلاج النفسي. وإذا تحدثنا بصفة عامة، فإنه الوالد أو الحارس القانوني هو الذي يتحمل مسئولية تقديم موافقة الطفل على العلاج. ووجدت إستثناءات لهذه السياسة العامة في تشريعات بعض الولايات التي تقدم للمراهقين الحق في الحصول على إرشاد جنسي أو إرشاد عقائري. ونظراً للقيود القانونية بالنسبة للأطفال، فإن المجتمع النفسي يحتاج إلى تناول قضية الموافقة المعلومة مع الأطفال. ويحتاج المعالج إلى أن يكون حساساً لحقيقة أن الأطفال يكونون مجتمع عملاء ويتطلبون حماية إضافية، حيث أنه حتى أولئك الوالدين الذين يقصد جيداً أنهم لا يعرفون دائماً ما هو الأفضل بالنسبة لأطفالهم. وقد كان يوصى بأن يوجد نصير للطفل لفحص وحماية ما الذي يكون في أفضل صالح للعميل الطفل، وبصفة خاصة حينما يُعارض بعناد في علاج طفل (Morrison et al., 1979) أو حينما لا يملك الطفل القدرة على إعطاء موافقة غير مضغوطة تماماً (Koocher, 1976).

والمنطق وراء الحصول على موافقة معلومة من الطفل الذي سيكون مشاركاً في العلاج هو على الأقل مخاطبة مثل المشاركة في البحث. وحيث تعتمد فاعلية العلاج النفسي على علاقة موثوق فيها بين المعالج والعميل، فإنه يوجد الكثير الذي يُكتسب بتفسير ما يمكن أن يحدث وجعل الطفل يصبح منغمساً في القرارات التي سوف تساهم في المسعى العلاجي (Lo Cicero, 1976). إن وصف الإجراءات بلغة مبسطة يستطيع الطفل أن يفهمها وسؤال

يبقون معاً. حقاً، معظم الأزواج الذين يدخلون العلاج الزوجي قد أخذوا في الاعتبار الانفصال أو الطلاق، والبعض يسعون إلى العلاج للغرض الواضح الخاص باتخاذ القرار. ويكون هؤلاء الأزواج حساسين تماماً للإشارات التي يقدمها المعالج بخصوص آرائهم عن العلاقة (Margolin, 1979:335).

ومع أن قليلاً من المعالجين يمكن أن ينكروا صياغة الإنطباعات الخاصة بما إذا كان زوجان يجب أن يبقيا معاً، فإنه يوجد تغيير أساسي في مدى الراحة التي يشعر بها المعالجون في مشاركة الآراء. ويجادل يويل وزملاؤه (Yoell et al., 1971) بأن «المعالج يحتاج بشكل متكرر أن يتخذ القرار نيابة عن المريض». إنه يتعهد بمثل هذا القرار «إذا كانت المريضة تعيسة بشدة في زواجها، وإذا كانت كل خطرة يمكن أن تؤخذ تبدو أنها قد أخذت وفشلت. إذا أغلق التنبؤ بالعلاقة بلغة السعادة إلى صفر، حينئذ أقبل المسؤولية ليس فقط بإنهاء الزواج ولكن بالمساعدة بكل طريقة عملية لإبقائه.

ويزِيل معالجون آخرون عديدون عبارة واضحة خاصة برأي فردٍ للعميل وهو يزعم أن إنعكاس خبرة مهنية ربما يجعل هذا التأثير واضحاً ويكون العملاء أفضل قدرة على إختبار المدى الذي يريدون فيه أن يتدخل المعالج ويصنفوا ردود فعلهم الخاصة كمنفصلة عن تلك الخاصة بالمعالج (Gurman & Klein, 1981).

ولا، على هذا السؤال غالباً ما يركزون على تحسين العلاقة الأساسية، التي إذا ما كانت ناجحة يمكن أن تتضمن في الأهمية. كما يشجع عدد صغير من المعالجين أحد القرنين على المبادرة أو الإستمرار في عمل جنس غير مشروع للرفاهية الخاصة بالفرد أو ربما حتى لتحسين العلاقة....

ومع ذلك، توجد عقبات ممكنة لتأدية أفعال جنسية غير مشروعة خارج الزواج للعملاء. أولاً، حتى إذا كان الفعل الجنسي غير المشروع مفيداً لأحد الشخصين، فإن الآخر لابد أن يقاسى. ثانياً، العلاج الذي يوجه تجاه العلاقة غير محتمل للنجاح إذا وزع قرين إنتباهه بين علاقته....

والبدل الآخر هو إحباط علاقات خارج الزواج بشدة أو حتى الإشتراط بأن الأفعال غير المشروعة خارج الزواج يجب أن تنتهي من أجل بدء العلاج (Jacobson & Margolin, 1979). وهذه الوقفة، توصف بشكل غطى باعتبارها إستراتيجية أكثر من أخلاقية، تفترض أن الفعل الجنسي غير المشروع يمكن أن يعوق قدرات كلا الشريكين عن إلزام أنفسهما كلية بتحسين العلاقة ويمكن أن يؤدي إلى إيقاف وإحباط سير العلاج. ومع تزييله على نطاق واسع، فإن هذا الوضع يمثل قيمة مهنية أكثر من استنتاج منشق إمبريقياً. والفائدة العلاجية لهذه الوقفة هي أنها غالباً ما تحدث على إنهاء فعل جنسي غير مشروع كتوضيح خاص بأن رغبة القرنين أن يعمل من أجل العلاقة. ومع ذلك، فإن العقبة هي أن أحد القرنين يمكن أن يلغى بحذر المعلومات الخاصة بفعل جنسي غير مشروع خوفاً من أن يكون مستثنياً من العلاج....

ادوار الجنس:

إلى أي حد يقبل المعالج تعريف الأسرة بهريات الدور الجنسي كمقاومة لمحاولة التأثير على وتعديل اتجاهاتهم بهذا الخصوص؟ وقد أدى الإنتباه الحديث

أفعال جنسية غير مشروعة خارج الزواج:

هل معرفة أن أحد الشريكين تنغمس في الوقت الحالي في فعل غير مشروع خارج نطاق الزواج يغير من سير العلاج؟ فالمعالجون الذين

إلى هذا السؤال إلى الإشتتاج بأن العلاج الزواجى والأسرى غالباً سائيل إلى تدعيم تنميط الدور الجنسى (Gurman & Klein, 1981). ومن الإنحساحات الجنسية الموجودة لتمييز العلاج النفسى بصفة عامة (قوة مهمة APA على التحيز الجنسى وتنميط دور الجنس، ١٩٧٥)، فإن معالجى الأسرة مستهدفون بصفة خاصة إلى "تعزيز" "الذكورة" و"الأنوثة" لدى الزوجين. وهذا قد يؤدي إلى توافق أفضل لمرأة، (٢) إيضاح إهتمام أقل به أو الحساسية لمهنة إمراة عن مهنة رجل، (٣) تأييد الإعتقاد بأن تربية الطفل وهكذا مشاكل الطفل تكون مسئولية الأم على نحو منفرد، (٤) عرض معيار مزدوج لفعل جنسى غير مشروع لزوجة مقابل زوج، (٥) الإذعان لاحتياجات الزوج مقابل تلك الخاصة بالزوجة.

الفروق الأيدولوجية تتأكد عن طريق قضايا العلاقة، أى أن متطلبات الزوجة تهدد الزوج، الذى يصبح أكثر جموداً فى موقفه، والذى يجعل الزوجة تعمل مزيداً من المتطلبات، وهكذا. ففى هذا الموقف الأخير يوجد عدد من الطرق يعكس القطبية المكثفة للزوجين وبذلك فإن المعالج يمكن أن يتجنب أن يصبح مشوشاً فى صراع أيدولوجى

لأن السياق البيئي الذي يمارس فيه العاملون بالصحة النفسية يعطى شكلاً للإهتمامات الأخلاقية، فإن الخصائص الفريدة للبيئة الريفية تكون هامة لفهم ملائم للقيود الأخلاقية على الممارسة في نطاق حدودها. والغرض من هذه المقالة هو تحديد المشاكل الأخلاقية المهرقة بشكل ممكن والمرتبطة بالعمل في مناطق ريفية والإيحاء بأن حلها الممكن قد يكمن في طبيعة البيئة الريفية نفسها.

خصائص المناطق الريفية:

يمكن أن تزيد الإقامة والعمل في مجتمعات أصغر مستوى كشاف العلاقات الإنسانية لأنه يوجد أناس أقل تتعلق بهم وتشاركهم الخبرات وتقبل العلاقات الاجتماعية والسياسية إلى أن تكون مغلقة، وتتداخل بشكا - راجعاً ما سسم الميود الإحصائية الاقتصادية... .

... وقد يتكون نموذج العلاقات المتشابكة بشكل جيد بعنصر دال لبناء قوة المجتمع. وتكشف معرفة العلاقات الحقيقية وتلك التي تكون ممثلة في الكتابات بأنها في الحقيقة أكثر تعقيداً بكثير، ويمكن أن تكون لها جذور تاريخية واجتماعية واقتصادية سياسية وأسرية.

القضايا الأخلاقية الممكنة:

تتمثل القضية الأخلاقية الأولى، وربما الأكثر حسماً لممارسي الصحة النفسية الريفية في السرية الخاصة به وفي نطاق العلاقات المهنية مع مستهلك أو متلقي الخدمات المهنية...

وقد زعم سولومون وزملاؤه (Solomon et al., 1981) أن النمساك الصارم بالخطوط الإرشادية الأخلاقية لرابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية (APA) لا تقدم حلولاً واضحة بقدر كاف لبعض الصعوبات والصراعات التي يواجهها الأخصائي النفسي الذي يمارس في منطقة ريفية. وبالإضافة إلى ذلك، فإنها تحدد موقفاً كامناً واحداً على الأقل تخلق فيه الخطوط الإرشادية الأخلاقية موقفاً ذا رباط مزدوج أو غير مريح للأخصائي النفسي الريفي. وهذا الموقف هو نتيجة لأمر (APA) الخاص بسرية المعلومات من ناحية ومسئولية الأخصائي النفسي لأن «يكون واعياً بمعايير المجتمع المنتشرة» حينما قد تكون معايير المجتمع أقل تقييداً من الأخلاقيات المهنية من الناحية الأخرى...

وتصبح المشكلة أكبر عندما توجد عواقب شديدة بين مهنية Interprofessional للسلوك الناتج من الإذعان للمعايير الأخلاقية. ويقدم «سولومون وزملاؤه» (١٩٨١) توضيحاً حقيقياً لطبيب محيل يتوقع تغذية راجعة بخصوص الإحالة بصرف النظر عن إكمال مستندات الانتقال، حينما لاتصل معلومات عن الإحالة، فإن الطبيب قد يستاء ويرقف الإحالات إلى برنامج الصحة النفسية. ولأن الطبيب يحتمل أن يكون أحد المقدمين الطبيين في المجتمع وبالتأكيد سيكون له تأثير اجتماعي وسياسي، فإن عواقب إبعاده قد تكون هائلة.

ومنظور آخر لهذه الأزمة، هو التوقع المتبادل للمعلومات المشترك فيها بين العاملين في الخدمة الإنسانية. وعلى نحو متكرر في المجتمعات الريفية، وفي مجهود لتقديم مجتمع كاف من الرعاية، فإن كثيراً من العاملين في الخدمات الإنسانية من مجموعة متنوعة من الوكالات سوف تكون منغمسة مع نفس الحالة. وليس من غير الشائع الحصول على ممثلين من إدارة الرفاهية، والصحة النفسية، والتأهيل المهني، والإدارة الصحية، وإدارة الضمان الاجتماعي، والتصحیحات التي تشمل الأسرة في ذات الوقت. وعلى نحو غطى سوف تشير إحدى الوكالات إلى الآخرين في مجهود لتقديم مدخل للخدمات الشاملة. وكثير من البرامج الريفية تعقد اجتماعات تعاونية للهيئة تشمل العاملين من وكالات أخرى لمناقشة العملاء المشتركين. والأعمال الورقية التي تتعامل مع السرية قد تكون أوقد لا تكون مكتملة، والاتصال الرسمي وغير الرسمي بخصوص الحالة بين العاملين قد يقع أو قد لا يقع في نطاق قيود الممارسة الأخلاقية. وعلى نحو متكرر، يبدو أن العملاء يفترضون أن الإتصال بين الوكالات والمهن سوف يحتل مكاناً. وقد عُرِفَت من أكثر من عملاء قليلين

الذين يندهشون فيما يتعلق بالتعلم الذى لم يناقشوه بين مهنيي خدمة الإنسانية. علاوة على ذلك، فإنهم يقدرون التفسير الذى يكون لحساسهم مع التسلية بسبب عدم تناغمها مع النماذج المنتشرة للإتصال فى المجتمع.

والأزمة الواضحة التى يخبرها مهنيو الخدمة الإنسانية فى هذا الموقف هى أنه إذا إتصل مره ثانية بالطبيب المحيل لمره بسبب استمرار قصده منه، فإنه فى الحقيقة يكون قد إنتهك حصانة السرية، وإذا لم يتصل بخص الصحة النفسية مره ثانية بالطبيب، فإن الطبيب قد يُساء إليه ويرفض حالات لاحقة للمركز ومن الممكن أن يستخدم هيبته الاجتماعية والسياسية للضرر ببرنامج الصحة النفسية المحلية. وهذا التمزق لن يكون مؤذياً فقط لقاعدة الاجتماعية السياسية للمركز، ولكنه سيُعرض للخطر جودة الإستمرارية الخاصة بالرعاية للعملاء الآخرين فى المجتمع. وإذا شارك عضو الهيئة الصحية فى مؤتمرات حالات خدمة المجتمع بدون إذن من العميل، فإنه يوجد إنتهاك واضح للمعايير الأخلاقية من حيث أن ثقة العميل تكون قد خرقت. ومن ناحية الأخرى، إذا رفض عضو الهيئة أن يشارك، فإن مصدراً قيماً للمجتمع يفقد، وبالتالي فإبتعاد برنامج الصحة النفسية من وكالات المجتمع الأخرى ينتج وبصفة خاصة، إن الابتعاد بين وكالات الخدمة الإنسانية فى مدينة صغيرة ضار بسبب المصادر المحدودة من قبل. وقد أوضح هولبستر (Hollister, 1982) أهمية تنمية علاقات هادئة بين هذه الوكالات فى المجتمعات الصغيرة، وبالتأكيد، فهذه المواقف الواقعية هى ليست بدون عواقب أخلاقية وسياسية ممكنة.

وتخص قضية أخلاقية ثانية مثيرة للمشاكل بالنسبة للأشخاص مهنيين الريفيين حدود الممارسة... فحد الكفاية المهنية موضوع خطير وحساس غالباً

ماتصعد مصداقية الشخص على تفسيره لهذه الحدود. وفى الممارسة الريفية، ينتشر النموذج العام للممارسة بسبب نقص المصادر والمهن المتاحة (Hargrove, 1982). ونتيجة لذلك، فإن الأخصائى النفسى الريفي يحتتمل أن يُستدعى للاستجابة لسلسلة واسعة من المشاكل والناس. وإذا إستطاع مهني الصحة النفسية أن يساعد فى تحديد مساحته إيديولوجية لعميل ويحيل ذلك السحس إلى أخصائى مدرب على نحو لائق، فإن تشخيصاً وتدخلأ أكثر تنقيحاً قد يتعامل مع العميل بشكل لائق. ومع ذلك، تنتج المشاكل حينما لا يوجد مصدر محلى آخر للتشخيص أو العلاج. وفى الحقيقة، توجد مواقف يكون فيها الإختيار إما العلاج من شخص يكون متاحاً أو لا علاج على الإطلاق....

والإستجابة الأكثر ملائمة لهذا الموقف المظلم ليست واضحة على الإطلاق. وفى القضية يكون التعريف خاص بالكفاية المهنية فى منطقة معينة وعواقب ذلك التعريف. متى يُظن أن شخصاً كفؤ مهنيأ وبواسطة من؟ مامدى ضيق مجالات الكفاية المهنية التى فيها يجب أن يُحكم على شخص بالكفاية، وما التأثير الذى لهذا على الشخص المهني الذى يجب أن يعمل باعتباره لا اختصاصى، إما بواسطة متطلب الإختبار أو العمل؟

والأزمة الأخلاقية الثالثة التى تتعلق بالممارسة الخاصة بتقديم خدمة صحة نفسية فى البيئات الريفية هى المستويات المتعددة للعلاقات بين الأشخاص الذين يعيشون ويعملون فى مجتمعات صغيرة.

الحل الممكن للأزمات الأخلاقية:

إن حلول الأزمات الأخلاقية التى تواجه الممارسين الريفيين متنوعة وخلاقة مثل المواقف والأشخاص فيها. وعلى نحو متكرر يجد مهنيو الصحة

النفسية الحلول للمشاكل فى طبيعة البيئة نفسها وفى فهم لانتق المبادئ الأخلاقية لرابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية (APA).

أولاً: يحتاج الممارس الرفي إلى أن ينمى رأياً ملائماً عن المعايير الأخلاقية نفسها.

إتخاذ أفضل قرارات ممكنة تحت مجموعة معينة من الظروف. والمعايير ليست بديلاً للحكم الإكلينيكي أو الأخلاقى على جانب المشتغل بالصحة النفسية المهنية. ويعتبر إتجاه الممارس الذى يشمل قصده هاماً على نحو حاسم فى الوصول إلى مناهج ملائمة للعمل فى المواقف الغامضة أخلاقياً.

ثانياً: يحتاج الممارس الرفي أن ينظر إلى مصادر البيئة الرفيية من أجل حلول للمشاكل التى تنتج من تلك البيئة. والسياق الرفي للممارسة قد يعتنق على نحو جيد المفتاح إلى الحل الخاص بمواقف صعبة أخلاقياً تماماً كما لو أنه قد يخلق المشاكل فى المحل الأول. على سبيل المثال، فى حالة الطبيب الذى يحيل عميل إلى وكالة الصحة النفسية مع توقع أنه سيتلقى معلومات تتبعية، فإنه من الممكن على نحو مرتفع أن إكلينيكي الصحة النفسية سوف تكون له علاقة إما مهنية أو شخصية (أو كليهما) مع الطبيب وسيحصل على فرصة ثمينة بشرح موقفه بتفصيل كبير. وإذا لم يحصل المشتغل بالصحة النفسية على هذا النوع من العلاقة مع الطبيب، فمن المحتمل على نحو مرتفع أن عضو دائرة أو صديق آخر بالوكالة سوف يحصل على مثل هذه العلاقة. وماذا تتطور علاقة شخصية مع الطبيب، فإن محيطاً مختلفاً يمكن مرضى من الثقة وتحويل المعلومات للمناقشة فى علاقة كلية. وإذا ما حدثت هذه العلاقة، فإن أموراً تنجح بطريقة شخصية، مما يغذى الحياة الرفيية.

وبالنسبة للمؤتمرات التى تحضرها هيئة على نطاق واسع، فمن الممكن أن تخطط إنسياباً للمعلومات التى تشمل كل الأشخاص/أو الوكالات التى تحضر. والغرض من الاجتماع، فيما يُزعم، هو رفاهية العميل، وأن يكون العميل واعياً بكل إنغماسات الوكالات وأنه من الممكن أن لا يكون لديهم إعتراض للمشاركة فى المعلومات. وإذا لم يعارض، فقد يوجد سبب صيب. وسد هذه النقطة يمكن أن يكون لدى الإكلينيكي سؤال خاص بملامة وكالة خاصة أو أحد أشخاص هيئة لحضور مثل هذه المؤتمرات. وإذا إختار العميل أن لا يُسمح بمناقشة موقفه فى مؤتمر الحالات بين الوكالات، فإن المسؤولية تقع على الإكلينيكي.

وتعتبر حدود الكفاية الإكلينيكية قضية خطيرة مزدوجة النهاية يجب تناولها بحذر وإتساق. إنها هامة بصفة خاصة من وجهة نظر البحث فى العلاج النفسى الذى يؤكد أن الناس يمكن، فى الحقيقة، أن يؤدوا عن طريق عملية العلاج النفسى. أولاً، يجب أن يحدد الإكلينيكي طبيعة المشكلة التى يبحث من أجلها عن المساعدة. وبعد ذلك، يجب إصدار قرار بما إذا كان أكثر كفاءة لعلاج الاضطراب من وكالات متاحة أخرى أو ما إذا كان العميل قد يستفيد أكثر من تدخل كفو على نحو هامشى أكثر من لاشئ على الإطلاق. وإذا لم يحدث، فإن هذه الحقيقة يمكن أن تُفسر للعميل، ويمكن للإكلينيكي تقديم مساعدة فى إيجاد أقرب مساعدة متاحة. ومن المهم إنغماس العميل فى قرار معلوم يتسق مع المعايير الأخلاقية.

وفى هذه النقطة، يمكن للوكالة بكاملها أن تكون ذات مساعدة تؤخذ فى الإعتبار إذا كان لها علاقات سابقة أو مؤسسة متبادلة مع مقدمين آخرين للصحة النفسية. وتنمى بعض الوكالات على نحو متميز علاقات مع وكالات الصحة النفسية المحيطة لتقديم خدمات متخصصة مهما كانت هناك حاجة

إليها، وهكذا توسع مدى خدماتها الخاصة. وفي هذا الحدث، يكون من الضروري لكل إكلينيكي في أى وكالة أن يكون واعياً بالمصادر المتاحة لدى الآخرين....

ومن المهم أن يتبين ويحترم مهنيو وكالات الصحة النفسية أهمية دورهم في رعاية المرضى. وعلى نحو متكرر، فإن هذه الحقائق هي أيضاً عوامل يمكن أن تؤدي إلى مشاكل صعبة بالوكالة مالم تقترب بطريقة شرعية حذرة. ومن المهم بقدر متساو أن يتوقع مديرو وإكلينيكيو الصحة النفسية أنماط المشاكل الأخلاقية التي قد تنشأ ويخطط لها طبقاً لذلك....

ثالثاً: القضية الأخلاقية للاتقان في العمل

مع مريض الانتحار

وجد أن الانتحار هو موقف الطوارئ الذي يواجهه على نحو متكرر في أغلب الأحيان بالنسبة لمهني الصحة النفسية، ومع الإكلينيكيين الذين يتبنون العمل مع المرضى الانتحاريين المضغوطين إلى أقصى حد من كل المحاولات الإكلينيكية (Deutsch, 1984).

علاوة على ذلك، يبدو من النتائج الإمبريقية أن الأخصائي النفسي المهني العادي المنغمس في الرعاية المباشرة للمريض لديه أكثر من ٢٠٪ فرصة لوقاية مريض من الانتحار في وقت ما خلال حياته المهنية... وقد فحصت دراسة كليسبايس وزملائه (Kleespies et al., 1990) الحدوث والتأثير وخرق مواجهة إنتحار المريض خلال سنوات التدريب الخاصة بالطلاب المتخرجين من

قسم علم النفس، فوجدت أن واحداً من ستة طلاب قد خبروا إنتحار مريض في وقت ما خلال تدريبهم....

... وتفوض المبادئ الأخلاقية لرابطة علم النفس الأمريكية (APA, 1981: 634) أن «الأخصائيين النفسيين يعترفون بحدود إتقانهم وقصور تقنياتهم. وهم يفسدون... فقط ويستخدمون فقط التقنيات التي يملكونها عن طريق التدريب والخبرة». وقد بين هارار وزملاؤه (Harrar et al., 1990:39) في مناقشة النواحي الأخلاقية والقانونية للإشراف الإكلينيكي أن المسؤولية المباشرة يمكن أن تحدث إذا خصص المشرف مهمة لمتدرب عرفه المشرف أو يجب أن يكون قد عرفه متدرباً على نحو كاف لتنفيذها».

... ولأن رابطة الأخصائيين النفسيين... قد أخذت مثل هذا الوضع على الحاجة إلى أخصائيين نفسيين لإدارة مشكلة الإنتحار بكفاءة، فإنه من الواضح أن التدريب الرسمي للخريجين في دراسة الإنتحار يكون جزءاً ضرورياً من منهجنا للخريجين من أجل الممارسة المهنية....

السرية والمريض الانتحاري:

بصفة عامة، تتطلب الاعتبارات الأخلاقية أن الإكلينيكيين يزودون عملائهم بمعلومات كاملة عن الحدود للسرية. وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن يعطوا فكرة حذرة بخصوص كيف يمكن أن يتناولوا أنماطاً متنوعة من المتطلبات لإطلاق المعلومات أو خرق السرية قبل أن تحدث المواقف المعينة....

ونصبح حتى الأساسية هي تنمية فهم جيد من القضايا المتضمنة في خرق السرية مع المرضى الانتحاريين قبل الحقيقة، ويعنى هذا أنه لا بد أن يكون قد تم التفكير بحذر في سياسة الفرد الخاصة بخرق السرية قبل أن يطلب التنفيذ، والبحث عن إستشارة في أى موقف من الشك.

المرض الذى يكون متعاوناً، والذى يرى القضية كمشكلة مشتركة لكل من المريض والإكلينيكي، يكون فى موقف مختلفاً تماماً من المرض الذى يرى نفسه عاملاً وفق... . فالفصل بين المريض الذى يمكن أن يتعاون ولكنه لا يفعل والمريض الذى يكون عليلاً فيما يتعلق بالتعاون قد يعنى الفرق بين النجاح والفشل فى مجال التقاضى (Gutheil, 1984:3).

ولذلك، ففى معظم المستوى الأساسى، أعتقد أن الإكلينيكيين لديهم واجب مهنى فى عمل إجراءات مؤكدة ملائمة لمنع مرضاهم من إيذاء أنفسهم. وفى بعض الأوقات، قد يستلزم هذا الاتصال بأعضاء الأسرة بخصوص محددات حالة المريض، كمحاولة لتحسين تفاعلات الأسرة السامة مع المريض، أو تعبئة المساندة من الأسرة وآخرين هامين (Bongar, 1991).

وكما مع بعض الحقوق الفردية الأخرى التى يعترف بها المجتمع الأمريكى، إعتنقت المحاكم أن الحق فى الخصوصية يجب أن يتوازن مقابل حقوق الأفراد الآخرين ومقابل المصلحة العامة (أى، وظائف الحكومة التنظيمية الشرعية) لتحديد ماهى الحقوق التى يجب أن تسود. ونتيجة لهذه العملية المتوازنة حددت المحاكم إستثناءات كثيرة للقاعدة العامة الخاصة بالسرية العلاجية. والنقطة الحاسمة هى أن الأخصائى النفسى يجب أن يخبر المرضى بالإستثناءات التى توجد للسرية قبل دخول المريض فى العلاج (Bongar, 1991).

وقد لاحظ سيمون (Simon, 1988: 61) أن الفهم والحكم الجيد يمكن أن يؤدي إلى قرار لنقض سرية المريض، بصفة خاصة، حيث «من المحتمل أن المريض سيرتكب جريمة إنتحار ويمكن إيقاف هذا العمل فقط بواسطة تدخل

وأوضح سيمون (Simon, 1988) أن طلب المريض المؤهل للمحافظة على السرية يجب أن يُطاع ما لم يكن المريض خطر بشكل واضح على نفسه وعلى الآخرين. ومع ذلك، فإن الواجب القانونى هو تحذير أو إعلام الأطراف الأخرى التى توجد فى بعض السلطات القضائية فقط إذا كان خطر الأذى البدنى مهدداً نحو الآخرين.

ويجب أن يفهم الأخصائيون النفسيون القوانين والتنظيمات المتعلقة بخرق السرية حينما يكون المرضى «خطرين على ذواتهم» (Vande Creek & Knapp, 1989).

وذهب شنيدمان (Shneidman, 1981) إلى أن السرية، حينما يعرض مريض سلوك إنتحارياً، يجب أن لا تكون قضية هامة بين الأخصائيين النفسيين ومرضاهم. وجادل بشدة بأن الهدف الرئيسى لعلاج الإنتحار هو إزالة الموقف المهلك المحتمل. وهكذا، فالتمسك بمبدأ السرية يكون مناقضاً لعقيدة أساسية خاصة بعلاقة علاج نفسى أخلاقى.

وتقرر السياسة الرسمية لرابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية (APA) أن الأخصائيين النفسيين لديهم إلتزام أولى باحترام سرية المعلومات التى يتم الحصول عليها من الأشخاص فى أثناء عملهم والتى قد يكشفون عن مثل هذه المعلومات لآخرين فقط بموافقة الشخص أو ممثله القانونى، وبإستثناء تلك الظروف غير العادية عندما لا يفعلون هذا يمكن أن يؤدي إلى خطر واضح للشخص أو للآخرين (Keith-Spiegel & Koocher, 1985).

وقد لاحظ كيثيل (Gutheil, 1984) أنه مع المرضى الذين تكون لديهم قضايا إنتحارية سائدة، يكون من المهم تقييم قدراتهم على المشاركة فى تحالف علاجي مع الإكلينيكي.

رابعا: القضايا الأخلاقية والقانونية

فى العلاج بالبريد الإلكتروني

حديثاً، بدأ يستخدم الأخصائيون النفسيون والأطباء النفسيون الحاسبات الآلية فى تقديم العلاج للعملاء، فى مواقع بعملة، مثلاً مقام النصحة الشعبية، فإن إكلينيكي البريد الإلكتروني يقدمون إستجابات مختصرة للأسئلة المختصرة. وباستخدام البريد الإلكتروني، فإن العميل يرسل أسئلة (ومعلومات خاصة بالبطاقة الإئتمانية Credit card) للإكلينيكيين الذين يستجيبون بسرعة، على نحو تقريرى بين ٤٨ و ٧٢ ساعة. وتكون الأسئلة والأجوبة مختصرة، فقيرة فى الطول تقريباً. وإيضاح المشاكل الملازمة فى استخدام التكنولوجيا بهذه الطريقة، نستكشف خدمتين ممثلتين، هما: أداة التقلص Shrink-Link، وشبكة المساعدة Help-Net.

وفى فبراير ١٩٩٥ ظهر العنوان الإلكتروني التالى على الشبكة واسعة المدى (تستخدم الشبكة واسعة المدى شكلاً معروفاً بإعتباره النص الفوقى الذى يسمح للمستخدم بالتفاعل مع صفحة رئيسية للنص والرسوم البيانية التى تتصل بصفحات ومعلومات أخرى عن طريق لوحة الكلمات Keywords وفى هذا الاعلان عندما يلقى مستخدم الضوء على الكلمات ١٥-٤٠ سنة من الخبرة، باستخدام فأرة الكمبيوتر أو طرق أخرى، تظهر صفحة للمستخدم تدون الأسماء والاعتمادات للمهنيين فى الهيئة).

أداة التقلص Shrink-Link

تساعد أداة التقلص الناس على تنمية أحكام معلومة وإختيارات بخصوص السلوك الإنسانى. وتخصص تلك الأداة مدخلاً مباشراً للبريد

أخصائى الطب النفسى... ومع ذلك، فإن أى نقائص من ناحية المحافظة على السرية يجب أن تفسر للمرضى قبل بداية أى تقويم أو علاج.

علاوة على ذلك، يجب أن يؤخذ فى الاعتبار نقص السرية عند لاحظ سترومبيرج وزملاؤه (Stromberg et al., 1988:14) أن :

من الناحية الأخلاقية، قد يضطر المعالج إلى إفشاء معلومات بخصوص مريض فى حالة طوارئ، حينما سيكون الإفشاء أفضل بوضوح من أجل المريض. وعرفت المحاكم على نحو متزايد «الطارىء» Emergency على نحو ضيق بحيث لم يغط كل ثغرات السرية التى ينظر إليها المعالج الخاص كملامة ولكن تلك المعصية، لأن صحة المريض فى خطر على نحو بارز.

كما أوضح سترومبيرج وزملاؤه (١٩٨٨) أن مجال الإفشاء يجب أن يقتصر على ما هو ضرورى بالنسبة لتقديم رعاية ملائمة. وأنه، على سبيل المثال، يتم الإفشاء بحسن نية بحثاً عن إلتزام أقارب المريض فى ملاحظته ليكون محمياً إلى حد كبير.

وقد قرر بونجار (Bongar, 1991) أنه إذا كان نقص السرية ضرورياً لإنقاذ حياة المريض، فإن الأخصائى النفسى يضطر إلى أخذ هذه الخطوة. ووافق «بونجار» شنيدمان (Shneidman, 1981) على أنه إذا كان مثل هذا النقص للسرية ضرورياً لإبعاد الموقف المهلك، فإن الأخصائى النفسى يجب أن يفعل هذا «ولا يتحالف مع الموت».

ومن أجل مناقشة موسعة للأزمات الأخلاقية والقانونية المعقدة التى غالباً ما تبزع عند العمل مع مرضى إنتحاريين، على سبيل مثال، قضايا الانتحار والقتل الرحيم، نوجه القارىء إلى أعمال أمشين وزملائه (Amchin et al., 1990).

إن شبكة المساعدة هي خدمة أخرى للعلاج بالبريد الإلكتروني مماثلة لأداة التقلص على نحو جدير بالاعتبار. والفرق الأساسي هو في كيفية توزيع الأسئلة على الأخصائيين النفسيين أو الأطباء النفسيين. وعلم الرغمة من أن: كلتا الخدمتين تسمح للمستخدمين بتصفح الأسماء والاعتمادات الخاصة بمهنيي الهيئة (تقدم شبكة المساعدة كذلك على الخط صور المعالجين الفوتوغرافية التي قد تكبر بطلب إستجابة مباشرة بخصوصها). وأداة التقلص لا تسمح للعملاء بأن يتناولوا أسئلة لمقدمين معينين، وإنما العملاء يتناولون أسئلتهم الخاصة بفئة معينة ويتم تحويل السؤال إلى مهني ملائم. وتسمح شبكة المساعدة بثلاث طرق من تقديم الأسئلة. وقد يرسل العملاء أسئلتهم مباشرة إلى أخصائي نفسي أو طبيب نفسي يختارونه، ويقدمون الأسئلة بقائمة معدة من الفئات، أو يقدمون أسئلة عامة سوف يتم تحويلها عن طريق الخدمة إلى مقدم ملائم. وكما سوف يناقش فيما بعد، فإن هذا الفرق له مضمونات.

وفي يوليو عام ١٩٩٥ طلب رئيس رابطة علم النفس الأمريكية (APA) وأعضاء عديدون بالمجلس من مجلس إدارة الرابطة أن يأخذ في الاعتبار أخلاقيات العلاج الذي تسهله شبكة الانترنت. وفي يوليو من نفس العام اعترف مجلس إدارة الأخلاقيات بالرابطة بالعلاج بالإنترنت وقدم خطوطاً إرشادية عامة توجه المعالج الذي يستخدم التليفون، والمؤتمر الذي يعقد بالتليفون، أو خدمات الإنترنت للأخذ في الاعتبار تطبيق المعايير الأخلاقية التي تطبق على العلاج.

الإلكتروني لهيئة من الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين المستعدين للمراجعة والتعليق على أى سؤال أو صراع هام تقريباً في حياتك.

مهتمون بمخاوفك؟ بمن تكون أنت؟ منزعج بالمنزل أو بالعمل؟ تعاني من اليأس؟ أسئلة عن الأدوية؟ إن معالجو أداة التقلص النفسيين قد كانوا يتناولون أسئلة مثل هذه في جلسات خاصة لسنوات. وسواء كنت تحتاج إلى عاملاً أو على حافة أزمة، أو تبحث عن مراجعة رفيق كفؤ، فأداة التقلص قد تكون قادرة على المساعدة. كما يُشرك أو يُضمن المستشارون في إستجاباتهم معلومات خاصة بإحالات نافعة، كلما كان ذلك ملائماً.

إن أداة التقلص ليست بديلاً لإرشاد وجهاً لوجه وقد لا تكون ملائمة لكل فرد. ومع ذلك، فإنها تركز على اهتمام مجموعة من مهنيي الصحة النفسية المدربين لذلك. وتشمل قائمة أداة التقلص حالياً ستة أخصائيين نفسيين وطبيب نفسي واحد، كل منهم ذو خبرة تتراوح من ١٥-٤ سنة من الخبرة الإكلينيكية. وهؤلاء هم نفس الأشخاص الذين يتقاضون ١٠٠-٢٠٠ دولاراً للجلسة من ٤٥ دقيقة.

ومن خلال أداة التقلص تستطيع أن توجه سؤالاً لواحد من سانية مجالات من العلاج النفسي، وسوء استخدام العقار/الكحول... إلخ (الاختيارات مدونة على صفحة الاستمارة).

وتكلفة استخدام أداة التقلص هي ٢٠ دولاراً لكل سؤال وإستجابة صادقين. ويمكن أن تتوقع إستقبال إستجابة عن طريق البريد الجوي في غضون ٧٢ ساعة.

تعتبر طبيعة العلاقة المهنية المؤسسة عن طريق معالج البريد الإلكتروني هامة لأن أبنية وصيغ العلاقات المختلفة للعلاج لها معايير مختلفة. على سبيل المثال، لا يتعرض أخصائي نفسى الاعلاء Amos Scholomach لتفسير المسثريات الخاصة بحفظ السجلات كما يفعل إكلينيكي سرى فى علاج تقليدى وجهاً لوجه... وبصفة بسيطة، يلى بناء العلاقة الإلتزامات الأخلاقية للعلاج...

وتجعل العلاقات المهنية تقديم الخدمة آمناً ومتنبهاً به لكى المعالج والعميل. وحينما يدخل أخصائى نفسى وعمال فى علاقة مهنية محترمة، فلكل منهما توقعات بخصوص الحدود المقبولة وماهى التكاليف والفوائد التى ستكون للتفاعل. وحينما يؤسس المعالج التقليدى علاقة مهنية، فإنه يلتزم بها. كما يتم تصميم كل من معايير الخصوصية والسرية (التي تفرض المحافظة على السرية وإبقاء السجلات) ومعايير العلاج (التي تشمل موافقة معلومة، وبناء العلاقات، والإنهاء) وذلك من أجل ضمان الأمان والتنبيه لكلا الطرفين. والمعالج الذى يتبع هذه المعايير يقلل إلى أدنى حد الغموض بمناقشة على نحو صريح فى بداية العلاج...

وإذا ما وجدت علاقة مهنية، أو ذا ماوجب وجودها، بين سبب ورجى البريد الإلكتروني والعملاء، فإن المعايير الأخلاقية التى تنطبق على علاج يمكن كذلك أن تنطبق على إكلينيكي البريد الإلكتروني. ولكن هل يصل علاج البريد الإلكتروني إلى عتبة تؤسس علاقة مهنية هل تلاحظ أن خدمات أداة التقلص وشبكة المساعدة ليست بلا للإستشارة وجهاً لوجه؟ وهل يكفى هذا لتبديد توقعات الـ

فلسوء الحظ، نجد أن الإعلان لم يصف طبيعة أو حدود العلاقة بالبريد الإلكتروني. ولا يوجد ذكر للسرية، وتقديم الفواتير، والموافقة المعلومة أو مايمكن أن يأمله العميل من كسب من التفاعل.

ونحن لانفهم كيف وصل هؤلاء الأخصائيون النفسيون إلى هذه الإعلانات الغامضة. وقد تعوق قوة الإقناع للإعلانات بشكل جاد مناقشة تامة لحدود العلاقة. كما يعتقد هؤلاء الأخصائيون أنهم ليسوا فى حاجة لتلك العلاقة لأنهم لم يفعلوا علاجاً بل يقدمون خدمة فعالة للمستخدمين.

ويعرف النظر عن البناء المعين المستخدم بواسطة الخدمة للإتصال بمقدم للعميل، فإن الحالة الغامضة لشؤون المسألة تكون غير كافية. ولأن المهنيين يعلنون عن أنفسهم كأخصائيين نفسيين وأطباء نفسيين، ولا يقدمون تنازلاً عن أنهم يمارسون شيئاً ماغير علم النفس أو الطب النفسى، فإن المستخدم العقلانى للأنظمة يمكن أن يفترض أن الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين على شبكة المساعدة يمارسون مثل المهنيين فى كل مكان آخر. والأخطاء الأكثر وضوحاً التى قد يرتكبها العملاء هى إفتراض أن الإتصالات مع مهنيى البريد الإلكتروني سرية وأنهم عملاء.

وعلى الرغم من أن الإعلانات تقرر أن الإتصالات ليست علاجاً، فإنها لا تقرر خدماتها. هل يمكن أن يتوقع المستخدم نصيحة أو مساعدة أو عوناً؟ وعلى الرغم من الفروق بين الاتصال بالبريد الإلكتروني والعلاج النفسى قد تبدو واضحة بالنسبة لمعظم الإكلينيكيين، فليس واضحاً جداً أن كل الأشخاص العاديين سوف يفهمون مباشرة كيف أن بناء وفوائد الصلة المتقلصة وشبكة المساعدة تختلف عن تلك التى تُخبر فى العلاج.

أن يناقشوا السرية وقوائم الأتباع وعليهم واجب حماية العملاء والضحايا
المكتين من الأذى.

السرية: Confidentiality

لا تذكر أى من الخدمات الموصوفة سابقاً السرية. ومع ذلك، تقترح شبحه
المساعدة أن مقدمين سوف يجيبون على كل الأسئلة «مهنية وخاصة». وهذا
مضلل ومحير. فالبريد الإلكتروني ليس خاصاً، والسرية معيار غير ممكن
تقديمه بواسطة معالجى البريد الإلكتروني. وفى الحقيقة، على عكس كثير من
توقعات المستخدمين، يفترض معظم الخبراء أن البريد الإلكتروني ليس آمناً أو
سرياً. فقد كتب خبير فى الاتصال الخاص بالكمبيوتر يدعى جلوسبرنير
(Glossbrenner, 1990) «أن جميع الرسائل بالبريد الإلكتروني يمكن أن تقرأ
بواسطة أناس غير شركائهم المقصودين، وهكذا، فإن الشخص قد يزعم أنهم
سوف يكونوا قارئين حتى إذا لم تكن تلك هى الحالة فى الحقيقة».

وسرية الرسالة هى الصعوبة الوحيدة. وعلى المعالجين بالبريد الإلكتروني
أن يبقوا فى حدود المعايير الأخلاقية، وأن يحذروا المستخدمين أنه لا توجد
اتصالات سرية عن طريق البريد الإلكتروني.

وتلخيصاً، فمن أجل إعلام كامل للعميل بخصوص حدود السرية، فإن
المعالج يجب أن يفشى أولاً، أن أنظمة البريد الإلكتروني غالباً ما تخزن
تفاعلات البريد الإلكتروني، ثانياً، أن الأفراد غير المقصودين الذين
يستقبلون ربما كان لديهم مدخلاً سهلاً نسبياً للبريد الإلكتروني، ثالثاً، إن
الحسابات الشخصية قد تخزن التفاعلات وأن هذه قد تكون مقروءة بواسطة أى
شخص آخر له مدخل للحاسب، وفى النهاية، كما فى كل حالات العلاج، قد

إذن مبادئ المدسار الذى يجب أن يتبنها إلكتروني
الإلكتروني؟ فإن أحد المجالات لتقويم خدمات جديدة هر مت
التي بُنيت أو شُيدت على نحو مماثل، ومعالجى البريد الإلكتروني
أن يشجعوا تشجيع العملاء على ترقية علاقة مد
الاتصال الذى يسهل البريد الإلكتروني مماثل يتم التوصل
Media psychology . فتحت كود الأخلاقيات الحالية،
الإعلام Media psychologists هم الإكلينيكيون الوحيدون
بالممارسة خارج علاقة مهنية مؤسسية. ومع كل من سيكولوجية الإعلام
وإكلينيكي البريد الإلكتروني يكون التفاعل مختصراً على نحو
يتم الاستجابة لمشكلة معينة أو سؤال من عميل قد يكون بعيداً عن الناحية
الجغرافية.

ويحرم المعيار الأخلاقي 3.05 على سيكولوجى الإعلام تشجيع المرضى
على أن يستدلوا أن علاقة شخصية قد كانت تقدم. وليس هذا صعباً بالنسبة
لسيكولوجى الإعلام لأن أى اتصال هو جزء من إذاعة أكبر. كما يجب أن يفهم
الزائر أو المشارك العقلانى أنه يوجد غرض إضافي أكبر للاتصال. إنه ليس فقط
لمساعدة المريض ولكن أيضاً لتعليم أو تسليية مستمع. ولن يكون إثراً أو
المشارك متحدثاً للمعالج إذا لم يكن جزءاً من إذاعة أكبر.

وكما هو الحال بالنسبة للبريد الإلكتروني، توجد خدمات علاجية أخرى
عن طريق التليفون، وفى هذه الحالة يكون المعالج والعميل بعيدين جغائياً.
والمعالجون عن طريق التليفون يتمسكون حالياً بنفس المعايير مثل المعالجين
الآخرين (American Psychological Association Ethics Committee, 1993). وهم ملزمون بجعل العميل على علم بالموافقة قبل العلاج، إن

يحتاج الإكلينيكي إلى إنشاء معلومات سرية إذا أدرك أن العميل
خاصة بإيذائه أو إيذاء شخص ما آخر على نحو مباشر.

حدود الكفاءة: Boundaries of Competence

ربو
مثل هذه الاستشارة أنها تطير في وجه الحكمة الإتفاقية بدون تقييد احتمالية
سوء تشخيص مشكلة عميل أو إفتقاد مرض مشير يبدو مرتفعاً بشكل غير
عادي. ومعظم المعالجين قد حصلوا على الخبرة الخاصة بالتنظيم في الجلسة
الأولى، أو حتى في الخامسة، بأن مشكلة المريض لم تكن على الإطلاق
ما ظهرت خلال اللحظات القليلة الأولى. ويتلقى المعالجون بالبريد الإلكتروني
ما في عقل العميل لشوان قليلة فقط. ونادراً ما تكون الشوان القليلة من العلاج
كافية لمعظم العملاء من أجل الحصول على أي تأثير. ولكن هذا بدقته يقدمه
إكلينيكيو البريد الإلكتروني.

والاحتمالية المرتفعة لسوء التشخيص يجب أن تؤخذ في الاعتبار في
ضوء مدركات العميل الخاصة بالمعالج. فتعلن شبكة المساعدة أو غير
هيئة باعتبارها أخصائيين نفسيين وأطباء نفسيين ذوي كفاءة عالية. كل
منهم ذو ١٥-٤٠ سنة من الخبرة الإكلينيكية... ونفس الأشخاص يتلقون
عادة ١٠٠-٢٠٠ دولاراً لجلسة واحدة مدتها حوالي ٤٥ دقيقة تقريباً. وبصفة
أن العميل قد ينظر إلى المعالج كمهني مدرب وموضع ثقة بشكل مرتفع. ومن
أن يعرف مدى احتمال سوء التشخيص الذي قد يحدث.

معياري ١٠.٤ راجع يُقرأ:

في تلك المجالات التي تنبثق والتي فيها معايير متبينة بصفة عامة
من أجل التدريب التمهيدى لم توجد حتى الآن، ومع ذلك، يأخذ

الأخصائيون النفسيون خطوات مستحولة لحماية المرضى العملاء،
والطلاب، والمشاركون في البحث، وآخرين من الأذى.

فيدون علاقة متنبأ بها، وبدون تقييم، وبدون تشخيص (تدخل)، يبدو
ممكن أن عملاء البريد الإلكتروني غير محيين بشكل جيد. وهذا في حد ذاته
لا يعوق استخدام العلاج عن طريق البريد الإلكتروني. وفصل عن ذلك، يجوز
عمل موافقة معلومة، كما مع أي علاج تجريبي آخر. والعملاء الذين
يستخدمون العلاج بالبريد الإلكتروني لا يجب فقط أن يخبروا، وهم في شبكة
المساعدة، أن الإتصال العلاجي الذي يسهله البريد الإلكتروني ليس علاجاً،
ولكنه كذلك غير مختبر وفاعليته قد لا ترتبط بنجاح العلاجات التقليدية.
ويحتاج العملاء إلى معرفة أن المعلومات المعطاه لهم قد تكون لا جدوى منها
تماماً وغير قابلة للتطبيق في موقفهم الكلى. وبدون مثل هذه الأسبل، فإن
التلف المحتمل للعملاء يكون مرتفعاً.

وكود الأخلاقيات لا يحمى فقط العملاء، بل تم تأسيسه لحماية المهنة
أيضاً. ويقدم كود الأخلاقيات قواعد سلوك خاصة بالحد الأدنى تفرض على
الأخصائيين النفسيين أن يقدوا أنفسهم بطريقة لن تنعكس بطريقة سيئة على
المهنة. ومثل العلاج بالبريد الإلكتروني تهديداً أصيلاً للمهنة. فخدمة مثل
«شبكة المساعدة» أو غيرها إذا لم تتغير بشكل دال، فيمكن أن تؤدي
بالأخصائيين النفسيين إلى أن يهبطوا إلى مستوى محرري عواميد في صحف
للنصيحة الشعبية. ومن ناحية أخرى، في سيناريو أفضل حالة، يمكن
لإكلينيكي البريد الإلكتروني أن يخدموا كنماذج وإعلانات بالنسبة لكل
الأخصائيين النفسيين. والعملاء الذين يتفاعلون معهم يمكن أن يعرفوا أن
الأخصائيين النفسيين لا يقدمون خدمة بدون تقييمات مفصلة.

معيار أخلاقي جديد مقترح:

فى يوليو ١٩٩٥، قدم مجلس أخلاقيات رابطة علم النفس الأمريكية تقريراً عاماً وصف كود الأخلاقيات القابل للتطبيق على المعالجين الذين يستخدمون التليفون، أو عقد ندوة بالتليفون، أو خدمات الإنترنت. وفى رأيها، فعلى الرغم من أن هذه الوثيقة تقدم خطوطاً إرشادية قيمة، فإنها لا توفر فى التحديد. فيقدم الإنترنت عدداً من مشروطيات مختلفة خاصة بالاتصال. وسوف تتطلب كل واحدة فحصاً طبياً لما تستحقه والشهادات المحتملة للسلوك الأخلاقى.

ولحماية العملاء والمهنة، نقدم مايلى للتطبيق تحديداً على العلاج بالبريد الإلكتروني.

الأخصائيون النفسيون الذين يقدمون اتصالاً علاجياً يسهله البريد الإلكتروني يشجعون العملاء على أن يسألوا أسئلة عامة لاتشير إلى فرد معين. والأخصائيون النفسيون الذين يعلنون عن مثل هذه الخدمات يشملون فى إعلاناتهم كل المعلومات الضرورية للعملاء للمساعدة مايلى:

أ- أن نموذج التجربة وفائدتها قد لا تتعلق بنجاح العلاج التقليدي.

ب- أن الإتصال غير سرى.

ج- أنه لا توجد علاقة مهنية بين المعالج والعميل.

د- أن الإتصالات المتكررة مع نفس المهني لا يُشجع عليها.

هـ- أن سجلات التفاعل قد تُخزن بدون تقرير عن مثل هذا التخزين المتاح للعميل.

والأخصائيون النفسيون الذين يستخدمون البريد الإلكتروني للإلتام مع عملائهم جدد يشجعون العملاء على البحث عن علاج تقليدي أو

من الإنترنت، والأخصائيون النفسيون لا ينقلون معلومات سرية، تشمل معلومات عن الأتعاب مثل بيانات بطاقات الإئتمان، عن طريق البريد الإلكتروني بدون إستخدام برامج أخذت المعيار فى الإعتبار.

وبالرغم من أن هذا المعيار كُتب لتطبيقه على العلاج بالبريد الإلكتروني بصفة خاصة، فإنه يحتوى على مبادئ يمكن أن تطبق فى تنميه معايير أخلاقية لنماذج مستقبلية. وهذه المبادئ هى كالاتى: يبذل الأخصائيون النفسيون كل مجهوداتهم من أجل :

- أ- تقديم كل المعلومات الضرورية لتحقيق موافقة معلومة مع العميل، بصفة خاصة عند إستخدام أبنية جديدة لتقديم خدمات.
- ب- الحماية من الاعتماد المؤذى على نصيحة معطاة عن طريق أى نموذج.
- ج- ضمان المستوى الأكبر من الخصوصية والسرية العملية.

خامساً: العلاج النفسى عن طريق التليفون

فوائد ومخاطر للعملاء والأخصائيين النفسيين

تبدو المعايير المهنية الموجودة أنها تحتضن بشكل كاف هذا التغيير إثر العلاج النفسى المعروف وجهاً لوجه. وبالإضافة إلى ذلك، فإن لجنة الأخلاقيات فى رابطة علم النفس الأمريكية (APA) قد نشرت حديثاً تقريراً يتناول بصفة خاصة العلاج النفسى بالتليفون (APA, 1995:15).

وفى كل النواحي تقريبا، يستثير العلاج عن طريق التليفون فقط نفس القضايا التى تنشأ فى تقديم خدمات نفسية سليمة أخلاقياً خاصة بأنواع مختلفة مثل: الإلتزام بتسليم خدمة متقنة، والإلتزام بتجنب الأذى للعملاء، والإلتزام بعمل ترتيبات مالية واضحة، والإلتزام بتجنب الغش فى التقارير

- كما يجب أن يأخذ الأخصائيون النفسيون في الاعتبار مجموعة من الأسئلة التي يجب التحقق منها، مثل:
- ١- هل هذا الاختيار للعلاج يفيد العميل، أو يجب أن يوصى بعلاج وجد لوجه، إذا ما افترض أنه يمكن تقديمه؟
 - ٢- هل من الممكن إبراء نية العميل النفسية، ومن أجل نفسي على وعلى بحدود التشخيص والحكم أو التنبؤ الذي يُجرى عن طريق تقويم التليفون؟
 - ٣- هل كل من المعالج والزائر (ويشتملها النسبية) خالية من الإلتهاات والتشوشات مع الاتصال والانتباه؟ وهل أجرى الأخصائي النفسي خطوات لضمان الخصوصية والسرية عند التقويم أو العلاج؟
 - ٤- هل يملك الأخصائي النفسي التدريب الضروري والملائم، والخبرة، أو المزاج لتقديم خدمات عن طريق التليفون؟
 - ٥- هل يملك الأخصائي النفسي خطة لحفظ سجلات العميل؟ وماهى الخطة بالنسبة لحفظ سجلات العميل إذا ترك الأخصائي النفسي الخدمة التليفونية؟ وهل يملك الأخصائي النفسي أو رتبت الشركة طريقة للعميل للحصول على نسخة من السجلات؟
 - ٦- هل يعرف الأخصائي النفسي كيف توصف خدمة الإرشاد عن طريق التليفون للمستخدم الممكن؟
 - ٧- ماهى مسئوليات المؤسسة والأخصائي النفسي بالنسبة لتقديم الرعاية عند مغادرة الأخصائي النفسي؟
 - ٨- هل يفهم الأخصائي النفسي الترتيبات المالية للخدمة التليفونية، وهل إتخذت خطوات معقولة لضمان أن تكون هذه عادلة ومفسرة بوضوح للعميل الممكن؟

العامة، والإلتزام باحصول على موافقة معتمدة من العملاء، والالتزام بحماية السرية (ماعدًا تحت ظروف مخففة معينة)، ولا يبدو أن شيئاً من هذه الإلتزامات يتغير باستخدام التليفون كوسيلة اتصال بالعميل.

وفى نواح معينة، يمكن أن يرى العلاج بالتليفون فقط كحارس يظهر للعيان ويتم تناوله بالكود الأخلاقي للأخصائيين النفسيين (APA 1992:133) فى المعيار ٤.٠٤ (حدود الإلتقان): ذنى تلك الممارسة لا توجد حتى الآن المعايير المتبعة بصفة عامة للتدريب والتأهيل وبأخذ الأخصائيين النفسيين خطوات معقولة لضمان الكفاية فى حماية المرضى والعلاء الآخرين من الأذى.

وفى السياق الحالى، يعنى هذا أن الأخصائيين النفسيين قد يكون لتوضيح ماهى أخطار المعلومات غير اللغائية التى تكون حاسمة ومثل هذه المجالات من منظومة الخدمة الخاصة بالتليفون فقط. وكذلك هذا المعيار قد يتضمن:

- أ- أن الأخصائيين النفسيين يجب أن يأخذوا خطوات لتبني إستراتيجياتهم للإلتهاة عند تقديم العلاج عبر التليفون.
- ب- أن تقنيات التركيز يتم إتكارها وتستخدم باستمرار، وأن مناقشات العلاج التليفونى تكون مشمعة.
- ج- وفى نطاق الإطار الأكثر عمومية للإلتزامات والمسئوليات التى يجب على الأخصائيين النفسيين أن يأخذوا شأية خاصة لإعلام العملاء بالتقصير المحتمل للعلاج عن طريق التليفون كما لوحظ سابقاً، وبوجود بديلة للحصول على الخدمة، إذا وجدت هذه البديلة.

مراجع الفصل الرابع:

- 1- Arnenin, J., Wettstein, R., & Roth, L. (1981). Suicide, ethics and the law. In S. Blumenthal & D. Kupfer (Eds.). Suicide over the life cycle: Risk factor, assessment, and treatment of suicidal patients (PP.637-664). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 2- American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT). (1979). Code of professional ethics and standards for public information and advertising. Upland, Calif: Author.
- 3- American Psychological Association (1981). Ethical principles of psychologists. American Psychologist, 36, 633-638.
- 4- American psychological Association (1992). Ethical principles of psychologist and code of conduct. American Psychologist, 47, 1597-1611.
- 5- American Psychological Association Ethics Committee. (April 1993). Telephone, teleconferencing, and internet services. Washington, DC: Author.
- 6- American Psychological Association (1995). APA ethics committee's statement on psychotherapy by telephone. Washington, DC: Author.

ويمكن للجنة الأخلاقيات أن تدعم وتتناول فقط صلة «المبادئ الأخلاقية للأخصائيين النفسيين وكود السلوك»، ولا تستطيع أن تقول إذا كانت توجد خطوط إرشادية أخرى لرابطة علم النفس الأمريكية (APA) التي قد تقدم إرشاداً. وليس كود الأخلاقيات محدداً بالنسبة للعلاج عن طريق الهاتف أو البريد الإلكتروني أو أي خدمات مقدمة بحرياً ذاتها، وليس له قواعد تحرم مثل هذه الخدمات. أما الشكاوى الخاصة بمثل هذه الأمور فيمكن تناولها على أساس حالة بحالة.

وتعتبر طبيعة الإتصال متغير هام، واستخدام التليفون لأغراض مثل المعلومات التعليمية، وخطوط الانتحار الساخنة، أو الاتصال مختصر بخصوص الأزمات والإحالة، فهو مؤسس جيداً على نحو هام. أما استخدام التليفون لشرط العلاج المستمر المنتظم أو للتشخيص، فهو غير مناسب، ولا مثل هذه الخدمات كعقد مؤتمر عن طريق التليفون أو الانترنت أو عبر مكالمة مباشرة. ويشير معيار ٤.٠١ (حدود الكفاية) إلى أنه في تلك المجالات المهنية التي لم توجد فيها بعد معايير متبينة بصفة عامة للتدريب التمهيدية، يأخذ الأخصائيون النفسيون خطوات معقولة لضمان الكفاية الخاصة بعملهم لحماية المرضى والعلماء والطلاب أو غيرهم من الأذى.

وبصفة عامة، فإن سرية المحادثات عبر التليفون نادراً ما يُشكك فيها. وعلى الرغم من أنها قد تُفشى، فإن مثل هذا الحدث نادراً وغير قانوني.

مراجع الفصل الرابع:

- 1- Amchin, J., Wettstein, R., & Roth, L. (1981). Suicide, ethics and the law. In S. Blumenthal & D. Kupfer (Eds.), *Risk factor, assessment, and treatment of suicidal patients* (PP.637-664). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 2- American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT). (1979). Code of professional ethics and standards for public information and advertising. Uplan, Calif: Author.
- 3- American Psychological Association (1981). Ethical principles of psychologists. *American Psychologist*, 36, 633-638.
- 4- American psychological Association (1992). Ethical principles of psychologist and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- 5- American Psychological Association Ethics Committee. (April 1993). Telephone, teleconferencing, and internet services. Washington, DC: Author.
- 6- American Psychological Association (1995). APA ethics committee's statment on psychotherapy by telephone. Washington, DC: Author.

ويمكن للجنة الأخلاقيات أن تدعم وتتناول فقط صلة «المبادئ الأخلاقية للأخصائيين النفسيين وكود السلوك»، ولا تستطيع أن تقول إذا كانت توجد خطوط إرشادية أخرى لرابطة علم النفس الأمريكية (APA) التي قد تقدم إرشاداً. وليس نية هذه الخدمات مساعدة بأي شكل من الناحية على عقد مؤتمر عن طريق التليفون أو أى خدمات مقدمة إلكترونياً في أحد ذاتها، وليس له قواعد تحرم مثل هذه الخدمات. أما الشكاوى الخاصة بمثل هذه الأمور فيمكن تناولها على أساس حالة بحالة.

وتعتبر طبيعة الإتصال متغير هام، واستخدام التليفون لأغراض مثل المعلومات التعليمية، وخطوط الانتحار الساخنة، أو الاتصال المختصر بخصوص الأزمات والإحالة، فهو مؤسس جيداً على نحو هام. أما استخدام التليفون لشرط العلاج المستمر المنتظم أو للتشخيص، فهو غير مناسب، ولا مثل هذه الخدمات كعقد مؤتمر عن طريق التليفون أو الانترنت أو غيرها بمثابة. ويشير معيار ٢٠٤ (حدود الكفاية) إلى أنه في تلك المجالات المتبقية التي لم توجد فيها بعد معايير متبينة بصفة عامة للتدريب التمهيدى، يأخذ الأخصائيون النفسيون خطوات معقولة لضمان الكفاية الخاصة بعملهم لحماية المرضى والعلماء والطلاب أو غيرهم من الأذى.

وبصفة عامة، فإن سرية المحادثات عبر التليفون نادراً ما يشكك فيها. وعلى الرغم من أنها قد تُفشى، فإن مثل هذا الحدث نادراً وغير قانوني.

- 14- Gurman, A., & Klein, M. (1981). Women and behavioral marriage and family therapy: An unconscious male bias? In E. Blechman (Ed.), *Contemporary issues in behavior modification with women*. New York: Guilford.
- 15- Gurman, A., Kniskern, D. (1978). Research on marital and family therapy: Progress, perspective, and prospect. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.). New York: Wiley.
- 16- Hare-Mustin, R. (1978). A feminist approach to family therapy. *Family Process*, 17, 181-194.
- 17- Hare-Mustin, R., Maracek, J., Kaplan, A., & Liss-Levinson, N. (1979). Rights of clients, responsibilities of therapists. *American Psychologist*, 34, 3-16.
- 18- Hargrove, D. (1982). Mental health needs of rural Americans. In H. Dengerink & H. Cross (Eds.), *Training professionals for rural mental health* (pp. 14-26). Lincoln: University of Nebraska Press.
- 19- Harrar, W., Vande Creek, L., & Knapp, S. (1990). Ethical and legal aspects of clinical supervision. *Professional Psychology*, 21(1), 37-41.
- 7- Bersoff, D., & Jain, M. (1980). A practical guide to privileged communication for psychologists. In G. Cooke (Ed.), *The role of the forensic psychologist*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- 8- Bond, G. (1991). *The suicidal patient. Clinical and legal standards of care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 9- Boszormenyi-Nagy, L., & Ulrich, D. (1981). Contextual family therapy. In A. Gurman & D.K. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- 10- Deutsch, C. (1984). Self-report sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 833-845.
- 11- Everstine, L. (1980). Privacy and confidentiality in psychotherapy. *American Psychologist*, 35, 828-840.
- 12- Glossbrenner, A. (1990). *The complete handbook of personal computer communications. The bible of on-line world*. New York: St. Martins Press.
- 13- Gutheil, T. (1984). Malpractice liability in suicide. *Legal Aspects of Psychiatric Practice*, 1, 1-4.

- (Ed.), *Children's rights and the mental health profession*. New York: Wiley.
- 27- Margolin, G. (1979). Conjoint marital therapy to enhance anger management and reduce spouse abuse. *American Journal of Family Therapy*, 7, 13- 23.
 - 28- Morrison, K., Morrison, J., & Holdridge-Crane, S. (1979). The child's right to give informed consent to psychiatric treatment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 8, 43- 47.
 - 29- Resnick, R. (1995, March 27). Shrink- Link & beyond. *The Miami Herald Online Column*.
 - 30- Shneidman, E. (1981). Psychotherapy with suicidal patients. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 11 (4), 341- 348.
 - 31- Simon, R. (1988). *Concise guide to clinical psychiatry and the law*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
 - 32- Stanton, M. (1981). Strategic approaches to family therapy. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
 - 33- Stromberg, C., Haggarty, D., Leibenluft, & Trilling, H. (1988). *The psychologist's legal handbook*.
 - 20- Hollister, W. (1982). Principles guiding the development of an innovative low- cost, rural mental health program. In P. Keller & J. Murray (Eds.), *Handbook of rural community mental health* (11, 30- 33). New York: Human Sciences.
 - 21- Jackson, N., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
 - 22- Kesh-Spiegel, P., & Koocher, G. (1985). *Ethics in psychology*. New York: Random House.
 - 23- Klespies, P., Smith, M., & Becker, B. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21 (4), 257- 263.
 - 24- Koocher, G. (1976). Civil liberties and aversive coditioning for children. *American Psycholoist*, 31, 94- 95.
 - 25- Levy, C., & Brackbill, Y. (March 1979). Informed consent: Getting the message across to kids. *APA Monitor*, 3, 18.
 - 26- Cicero, A. (1976). The right to know: Telling children the results of clinical evaluations. In R. Koocher

الباب الثالث

تطبيقات العلاج النفسي

- الفصل الخامس : العلاج النفسي والمجتمعى للفصام .
- الفصل السادس : علاج الاعتماد على العقاقير .
- الفصل السابع : علاج الاضطرابات الوجدانية .
- الفصل الثامن : علاج اضطرابات الشخصية .
- الفصل التاسع : علاج اضطرابات القلق .
- الفصل العاشر : علاج الانتحار .
- الفصل الحادى عشر: علاج الاضطرابات الجنسية .

Washington, DC: The Council for the National Register of Health Service Providers in Psychology.

- 34- Vande Weert, L., & Knapp, S. (1989). Tarasoff and beyond: Legal and clinical considerations in the treatment of life-endangering patients. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- 35- Weiss, R., & Birchler, G. (1978). Adults with marital dysfunction. In M. Hersen & A. Bellack (Eds.), Behavior therapy in the psychiatric setting. Baltimore: Williams & Wilkins.
- 36- Yocum, W., Stewart, D., Wolpe, J., Goldstein, A., & Speierer, G. (1971). Marriage, morals and therapeutic goals: A discussion: Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2, 127- 132.

الفصل الخامس

العلاج النفسى والمجتمعى للفصام

مقدمة :

قبل إكتشاف العقاقير المصادة للدهان، لم يكن العلاج النفسى من الحقيقة اختياراً حيوياً كعلاج للفصام. وكان معظم المرضى الفصامين يُستبعدون ببساطة من الواقع للاستفادة من العلاج. وكان التعقيد الإضافى هو أن العلاج الناجح يقوم على علاقة ثقة مع معالج، ويتفاعل كثير من الناس المصابين بالفصام مع المعالجين ومع كل شخص آخر بشك وتجنب. وفى هذه الظروف كان من الجدير بالاعتبار حقاً أن مجموعة محدودة من المعالجين، المتمتعين بصبر ومهارة غير عادية، قد تخصصوا فى علاج هذا الاضطراب وقرروا بعض النجاح (Will, 1967, 1961; Sullivan, 1954, 1962).

لقد إعتقد هؤلاء المعالجون أن المهمة الأولية للعلاج كانت كسب ثقة المرضى الفصامين وبناء علاقة وطيدة معهم. على سبيل المثال، أخبرت فريدا فروم-ريتشمان (F. Fromm-Reichman, 1950) بداية مرضاها أنهم يمكن أن يستمروا فى إبعادها من حياتهم الخاصة ويتمسكوا باضطرابهم لأطول مدة زمنية يرغبونها. وقررت أنه فى النهاية، بعد إختبار وتنفيس كثيرين، كان المرضى الفصاميون يقبلون، ويشقون، ويزداد ارتباطهم بها، وبدأوا يفحصون قضايا متعلقة معها. وبالمثل قدم أوتو ويل O. Will (١٩٦١، ١٩٦٧) للمرضى قبولاً، وحباً، وفهماً تاماً. وفى بعض الأحيان كان يدخل إلى عالمهم المشوه ويستخدم لغتهم ورموزهم ومنطقهم.

الآن، يجعل الإكلينيكيون النصيحة العملية والتوافق الشخصي محورياً في العلاج. ومع ذلك، فإن العلاج الاجتماعي لا يزال يركز على الرغم من أنهم لازالوا مهتمين بإزالة الأعراض، فإن كثيراً من العلاج المباشر يتجه لمجموعة قضايا مثل حل المشاكل، واتخاذ القرار، وتنمية المهارات الاجتماعية (Lieberman & Corrigan, 1993). كما قد يساعد المعالجون عملاءهم على إيجاد عمل، ومساعدة مالية، وإسكان ملائم. وقد سُمي هذا النوع من التدخل «بالعلاج الاجتماعي» (Hogarty et al., 1974, 1986)، والآن يُقدم في أشكال العلاج الجماعي وفي العلاج الفردي (Wilson et al., 1990).

كما يعمل المعالجون الاجتماعيون بجدية لتعليم الفصامين العلاج الذاتي Self-medication وإدارة الأعراض Symptoms management. يزودون المرضى بمعلومات عن كيفية نجاح علاجهم، وكيف يأخذونه، وما التأثيرات التي يتوقعونها، ويعلموهم أن يحددوا علامات إنذار للإنتكاسة (Lieberman & Corrigan, 1993). ولا تخفف إدارة الذات احتمال إنتكاسة المريض بل يزودونهم كذلك بفهم أفضل لاضطرابهم، ويدعمون ثقتهم في أنفسهم ويخفضون مشاعر العجز لديهم (Boker, 1992).

ويدعم البحث الاعتقاد بأن العلاج الاجتماعي يساعد على إبقاء المريض خارج المستشفى. فقد قارن هوجارتي وزملاؤه (Hogarty et al., 1974, 1986) تقديم أربع مجموعات من المرضى الفصامين بعد خروجهم من المستشفى لمجموعة الأولى كلاً من مضادات الذهان والعلاج الاجتماعي في المنزل.

حين تلقت المجموعة الثانية مضادات الذهان فقط، وتلقت المجموعة الثالثة العلاج الاجتماعي فقط، أما المجموعة الرابعة فلم تتلق أى نوع من العلاج. وكانت النتائج الأولى للباحثين هي أن المرضى المزمنين احتاجوا مداواة في المجتمع لتجنب إعادة الدخول في المستشفى. وعلى مدى فترة سنتين، احتاج ٨٠٪ من أولئك الذين لم يادحوا المداواة إلى أن يدخلوا المستشفى مرة ثانية، مقارنة بـ ٤٨٪ من الذين تلقوا المداواة. وتوصلت الدراسة أيضاً إلى أن المرضى الذين تلقوا مضادات الذهان والعلاج الاجتماعي تجنبوا إعادة الدخول إلى المستشفى بأعظم قدر من النجاح. ومن الواضح، أن العلاج الاجتماعي لعب دوراً هاماً في شفائهم.

العلاج الأسري

Family Therapy

يعيش بين (٢٥ - ٤٠٪) من المرضى الفصامين الذين يشفون في المجتمع مع والديهم، وأخوتهم وأخواتهم، وأقرانهم، وأطفالهم (Boker, 1984; Torrey et al., 1988). ومثل هذه الاتحادات تخلق ضغطاً لكل من المرضى وأعضاء الأسرة.

والمرضى الفصامين الذين يُشفون يتأثرون بسلوك وردود أفعال أعضاء الأسرة، حتى إذا لم يكن اختلال الأسرة عاملاً في ظهور اضطراب المرضى (Kreisman et al., 1988). وقد وجد، على سبيل المثال، أن الأشخاص الفصامين ذوي الإدراكات الإيجابية لأقاربهم ولاتجاهات القريبين منهم نحوهم يحققون نتائجاً علاجية أفضل (Scott et al., 1993). وبالمثل، فإن المرضى الفصامين الذين حصل أقاربهم على مستويات عالية من الانفعال المعبر عنه - أى، مستويات مرتفعة من النقد والعدائية - يحصلون في الغالب على معدل

إنتكاسة أعلى من أولئك الذين يعودون إلى أقارب هائلين وأقل إنفعالا (Mavreas et al., 1992). وليس واضحاً ما إذا كانت المستويات المرتفعة من الانفعال المعبر عنه في المنزل يسبق ظهور الفصام أو ينتج من ضغوط رعاية قريب فصامي (Fox, 1992). وبصفة عامة، يبدو أن النمط الانفعالي يعوق

وأعضاء الأسرة، من جانبهم، غالباً ما يتأثروا بشدة بسلوك قريب فصامي يعيش بالمنزل. وفي سلسلة تنويرية من المقابلات مع ثمانين أسرة بريطانية كان بها عضو فصامي يعيش بالمنزل، وجد الفاحصون أن معظم أعضاء الأسرة مضطربين بشدة بالانسحاب الاجتماعي لقريبهم الفصامي (Creer & Long, 1974). والبعض كانوا مضطربين كذلك بسبب السلوكيات المربكة اجتماعياً، مثل الذهاب والإياب، وإتخاذ وضع شاذ، والحديث إلى النفس. شكى أحد الأفراد، «في المساء تذهب إلى حجرة الجلوس وتكون في ظلمة ثم تضيء النور، وهناك لا تفعل سوى الجلوس محملقة أمامه».

ولتناول مثل هذه القضايا الأسرية وتعزيز فرصة الشفاء، يصمم الإكلينيكيون الآن العلاج الأسري في معالجة الفصام (Domenezi & Griffen-Francell, 1993, Goldstein, 1991, 1987, 1981) ويقدم العلاج الأسري لأعضاء الأسرة التوجيه، والتدريب، والنصيحة، والتمهيد، والتعليم عن الفصام (تعليم نفسي)، والمساندة الاجتماعية. ويساعد أعضاء الأسرة على أن يصبحوا أكثر واقعية في توقعاتهم، وأكثر احتمالاً للسلوك المنحرف، وأقل إحساساً بالذنب والارتباك، وأكثر رضاً بمحاولة عمل نمط حياة من التفاعل والاتصال. وعلى مدى سير العلاج، يحاول المعالجون أن يساعدوا الفرد الفصامي على مواجهة ضغوط الحياة الأسرية، ويستعدون

المصادر الأسرية على نحو أفضل، ويتجنبوا التفاعلات المثيرة للمشاكل. وغالباً ما ينجح هذا المجال في تحسين الاتصال وتخفيض التوترات في نطاق الأسرة، ويساعد بذلك على خفض معدل الإنتكاسات وبصفة خاصة حينما تُمزج مع العلاج بالعقاقير (Zastowny et al., 1992).

وتنتج هذه المبادئ في الحالة التالية:

كان مارك Mark يبلغ من العمر ٣٢ سنة، وهو رجل أعزب يعيش مع والديه. وكان له تاريخ طويل وعاصف من الفصام مع وقائع كثيرة من الذهان، يتداخل مع فترات قصيرة عرضية من الأداء الجيد. وكان والد «مارك» مشهوراً ولكنه معذباً من الناحية العصابية حيث لديه وساوس رغم خضوعه للتحليل النفسي لسنوات عديدة. وبدت أم «مارك» حزينة منعزلة ومنغصة. وشعر كلا الوالدين باليأس بالنسبة لفرص «مارك» في الشفاء وإستاءاً من أن الحاجة لرعايته سوف تصيب حياتهما ببلاء. وعملاً كما لو كانا معاقبين على نحو مقصود. وبرز تدريجياً أن الأب، في الحقيقة، كان لديه شعور بالذنب والشك في الذات، لقد شك أن زوجته كانت باردة ورافضة «لمارك» كطفل وأنه قد فشل في التدخل، بسبب عدم رضاه عن مواجهة زوجته ومطالب مدرسة الخرجين التي أبعدته عن الحياة المنزلية. واعتقد الوالد أن مرض «مارك» كان عقاباً على هذا. وفي كل مرة بدأ «مارك» في إظهار تحسن - في تخفيض الأعراض وفي زيادة الأداء - إستجاب والده كما لو كان تعذيب لدرجة أنه شعر باليأس العميق حينما فسدت حالة «مارك». وكان هذا النموذج بارزاً بصفة خاصة حينما حصل «مارك» على وظيفة. ونتيجة لذلك، في مثل هذه الأوقات أصبح الوالدان في الواقع أكثر نقداً وعدائية تجاه «مارك». وكان يصبح بشكل متزايد إندفاعياً وغير آمن، وفي النهاية مطوراً هذهات بارانوية، ويتم عادة إدخاله إلى المستشفى في حالة ذعر وإثارة.

وأصبح كل هذا واضحاً خلال جلسات التعليم النفسى. وعندما تبين النمط للأسرة، كانوا قادرين على تبين وكشف الذات الخاصة بهم. ففعلوا إلى التعامل معها. ونتيجة لذلك، قرر، المعالج أن يرى الأسرة معاً. وتم إرتياد أمثلة ملموسة من النمط وعواقبه، وإبتكرت استجابات بديلة بواسطة أفراد الأسرة. وسبب النجاح لدى الوالدين و«مارك» على ما يبدو، قلقهم وشكوكهم بخصوص تقدم «مارك» أكثر من إثارة توقعات الفشل في كل منهما الآخر. وعقد المعالج جلسات فردية منتظمة مع «مارك» وكذلك جلسات للأسرة. ونتيجة لذلك، إعتنق «مارك» بنجاح عملاً لمدة ١٢ شهراً غير مسبوقين (Heinrichs & Carpenter, 1983: 284- 285).

كما نحتاج الأسر ذات الأشخاص المصابين بالفصام خارج المساندة الاجتماعية مساعدة من أقاربهم (Perlick et al., 1992)، وعدد من جلسات المساندة الأسرية وبرامج الأسرة التعليمية النفسية التى أنشأت (Birdwood et al., 1992). وبأتى أعضاء الأسرة معاً ومعهم آخرون فى نفس الوقت، للمشاركة فى أفكارهم وانفعالاتهم، ويتلقون المساندة، ويتعلمون عن الفصام. وبالرغم من أنه على البحث العلمى أن يحدد نفع هذه الجماعات، فإن مثل هذه المجالات أصبحت شائعة بشكل متزايد كمهنيين يحاولون أن يتناولوا هذه الحاجة التى طال إغفالها.

مجال المجتمع

The Commuinity Approach

خلال الخمسينات من القرن العشرين أنشأت حكومة الولايات المتحدة وكالة مشتركة خاصة بالمرض العقلى والصحة العقلية، وكان جزء من أهدافها هو دراسة الظروف التى يُرى لها فى المؤسسات العقلية العامة.

الستينات من القرن ذاته أصدرت الوكالة تقريراً. ولأن مستشفيات الدولة المنزولة قد فشلت بشكل يُرى له أن توفر الاحتياجات الخاصة بالمرضى المزمنين، فإن الوكالة دعت إلى تطوير خدمات الصحة العقلية المحلية وأوصت بأن رعاية المرضى تحول من مؤسسات الولايات إلى المستشفيات المحلية وعيادات الصحة النفسية، وقد وضع الرئيس «جون، إف، كنيدي» إمكانات مكبته خلف هذه التوصيات فى عام ١٩٦٣ داعياً إلى «مجال جديد جرى» للاضطرابات النفسية ومرر الكونجرس مرسوم المجتمع للصحة النفسية.

وطبقاً لهذا المرسوم، كان للمرضى العقلين أن يتلقوا سلسلة من خدمات الصحة النفسية- علاج بالعيادات الخارجية، والعيادات الداخلية، ورعاية الطوارئ، والرعاية الوقائية، ورعاية الناقهين- الحقيقية فى مجتمعاتهم أكثر من البعد عن الوطن. وكان مقصوداً بالمرسوم تناول مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية، ولكن المرضى الفصامين، بصفة خاصة أولئك الذين يودعون فى المؤسسات لسنوات، كانوا مقصودين ومتأثرين أكثر من غيرهم (Hafner & an der Heiden, 1988).

وهكذا بدأ إنقاص لثلاث سنوات من الإقامة فى المؤسسات، وهجرة مئات الآلاف من مرضى الفصام والمرضى العقلين المزمنين الآخرين من مؤسسات الدولة إلى المجتمع. وفى يوم معين فى عام ١٩٥٥ كان مايقرب من ٦٠٠٠٠٠ مريض يعيشون فى مؤسسات الولايات المتحدة، اليوم حوالى ١٠٠٠٠٠ مريض تقريباً يقيمون هناك (Manderscheid & Somnenschein, 1992). وخلال هذه الفترة من التسريح المؤسستى، تعلم الإكلينيكيون أن شفاء المرضى الفصامين يمكن أن يربح كثيراً من البرامج القائمة على المجتمع. ول سوء الحظ،

المرضى عن طريق مركز مجتمعي للصحة العقلية، ودخول المستشفى قصير المدى، ودخول المستشفى جزئياً، ومساكن غير نائية، وتدريب مهني.

خدمات متناسقة: اقترحت الوكالة المشتركة للمرض العقلي والصحة العقلية أن حجر الزاوية لرعاية المجتمع يجب أن تكون مركز المجتمع للصحة العقلية، ومرفق علاج يقدم المداواة، والعلاج النفسي، ورعاية الطوارئ للمرضى الداخليين من أجل الناس المضطربين بشدة. وبالإضافة لذلك، كان على مركز المجتمع للصحة العقلية أن ينسق خدمات المرضى المقدمة عن طريق وكالات المجتمع الأخرى. وكان يتوقع من كل مركز أن يخدم «منطقة متجمعة» منطقة جغرافية يسكن يتراوح عددهم من ٥٠٠٠٠ إلى ٢٠٠٠٠٠ شخص.

وحيثما تضع مراكز المجتمع للصحة العقلية أولوية عالية لعلاج الفصامين، وينمون وينسقون سلسلة من خدمات المجتمع لهم، فإن المرضى غالباً ما يحققون تقدماً ثابتاً ودالاً (Beiser et al., 1985). ويعاد تكاملهم بشكل أفضل في المجتمع ويؤدون بشكل أكثر فعالية من أولئك الذين يتلقون رعاية خارجية (Madianos & Madianou, 1992).

وخدمات التنسيق هامة بصفة خاصة للمرضى الذين لديهم تشخيص ثنائي من الفصام وسوء استخدام المواد، المسمى MICAS، ويقدر أن ٥٠٪ على الأقل من المرضى الفصامين يكونوا مدمنين كذلك للكحول أو عقاقير أخرى (Westermeyer, 1992). وبرامج سوء استخدام المواد التقليدية لا تكون في العادة مساعدة للأشخاص ذوي الفصام (Drake et al., 1993). وتقبل البرامج التي تكامل العلاج لسوء استخدام المواد مع العلاج للفصام أن تكون أكثر نجاحاً (Westermeyer, 1992).

كما سوف نرى بمزيد من التفصيل فيما بعد، فإن جودة وتمويل ورعاية المجتمع من أجل مرضى الفصام قد كانا غير كافيين في جميع أنحاء الولايات المتحدة، مما يؤدي إلى زملة أعراض «الباب الدوار» Revolving door الذي يُسرح المؤسسة في غضون شهور، ويعاد تسريحهم من جديد، ثم يعاد إدخالهم مرة ثانية.. وهكذا.

الرعاية المجتمعية الفعالة

Effective Community Care

يحتاج المرضى الفصامين الذين يتم شفائهم والذين يعيشون في المجتمع إلى مداواة، وعلاج نفسي، ومساعدة في تناول الضغوط والمسؤوليات اليومية، والتوجيه في اتخاذ القرارات، والتدريب في المهارات الاجتماعية وإشراف خاص في الإقامة، وإرشاد وتدريب مهني. وطبقاً للبحث، فإن المرضى الذين توفر مجتمعاتهم بشكل منهجي هذه الاحتياجات يظهرون تقدماً كبيراً من المرضى الذين يعيشون في مجتمعات أخرى (Hogarty, 1993). فبالمقارنة إحدى الدراسات التقدم لمدة سنة لثلاثين مريضاً فصامياً تم تزويدهم بخدمات مجتمعية ظاهرة بثلاثين شخصاً مماثلين لم يتم تقديم تلك الخدمات لم يظهروا تحسناً. والباحثون أن المرضى الذين تم تزويدهم بخدمات مجتمعية ظاهرة كانوا أقل إعادة لدخول المستشفى ويقررون إحساساً أكبر بالرفاهية العامة عن المرضى الذين لم يتم تزويدهم بخدمات مجتمعية ظاهرة (Beiser et al., 1985). وبعض العناصر الرئيسية في برامج الرعاية في المجتمع هي تنسيق

تقديم مساندة انفعالية وتوجيه عملي بخصوص أمور الحياة اليومية وتقييم مجتمعات المرضى المتنوعين في المنازل الوسيطة والمرضى الفصاميون هم من بين الأكثر شيوعاً.

ويكون جو معظم المنازل الوسيطة مدعماً. ويناقش المقيمون مشاكلهم اليومية ويحاولون مساعدة بعضهم الآخر على التوافق للحياة في المجتمع. وتُنشئ المساكن عادة حول فلسفة علاج يبنى: يشجع المقيمين على خلق قواعدهم الخاصة وميكانيزماتهم الحاكمة، ليكونوا مسئولين ومستقلين، وأن يساهموا في رفاهية المنزل الوسيط بعمل أنظمة، ومساعدة مقيمين آخرين والتصرف بشكل لائق.

وفي الفقرة التالية، تصف امرأة كيف أن الحياة في مسكن وسيط قد ساهم في شفائها من الفصام. لقد دخلت المنزل بناء على أمر محكمة، بعد عشر إقامات في المستشفى في إثني عشر سنة.

لقد غير المنزل الوسيط حياتي. قبل كل شيء، إكتشفت أن بعض أعضاء الهيئة كانوا ذات مرة عملاء في البرنامج! وقدمت لي هذه الحقيقة المنفردة أملاً. لقد رأيت للمرة الأولى برهاناً على أن البرنامج يمكن أن يساعد شخصاً، إنه كان من الممكن إستعادة التحكم في حياة الفرد وأن يصبح مستقلاً. وكان المنزل يسير بشكل ديمقراطي، كل المقيمين كان لهم صوت واحد، وأعضاء الهيئة الذين زاد عددهم من ٥ إلى ٢٥ لا يمكن أن يتخذوا قرارات أو حتى يخرجوا عدلاً من البرنامج بدون موافقة الأغلبية. وكانت توجد قائمة حقوق للمنزل كانت لاحظ بصرامة مع الجميع. وكنا نساعد أحداً الآخر ونعطي مساندة. وحينما كان المقيمون في أزمة، لم يعاملهم أى من أعضاء الهيئة بخشونة أو يزيد من مشاكلهم كتهديتهم. ويستطيع المقيمون أن يصيحوا ويهدأوا حتى يمكن أن يوجد حل.

أو حتى يقبلوا أنه لا مانع من أن يشعروا بالسوء. حتى الغضب كان شعوراً مقبولاً بحيث لا يُخاف، ولكن يمكن التعبير عنه وتحويله إلى طاقة تشييدية. وإذا كرهت أحد نواحي البرنامج أو سلوك أحد أعضاء الهيئة، تستطيع أن تغير الأشياء بدلاً من أن تقبل بشكل سلبي ما يحدث. وكانت الاختبارات حقيقية، وكان الفشل والنجاح مقبولين على قدم المساواة. وبارسم من نسي كنت شكاكاً بشكل لا يصدق، إستطعت أن أكتشف قليلاً عن ماهو «بارانوني» إستطعت أن أقرأ ملفي في أى وقت. ونوقشت جميع المشاكل في مقابلات المنزل، وبذلك لم يبق شيء سراً. وبالتدريج تضائل شكى وخوفى، وكونت صداقات، وعوملت باحترام واحترمت الآخرين. وهكذا بدأت بالتدريج أحترم نفسي. وأصبحت حياتي أكثر مرونة وتعلمت عن الضغوط، وكيف أتبين أعراض الضغط في حياتي، وكيف أضبط أو أواجه مصادر الضغوط. كما أن مقيمين آخرين وأعضاء من الهيئة الذين هلوسوا لسنوات، أصبحوا الآن قادرين على التحكم في هلوساتهم وشاركوا معى في بعض التقنيات التي نجحت بالنسبة لهم (Lovejoy, 1982: 605- 609).

ويشير البحث إلى أن المنازل الوسيطة تساعد كثيراً من الناس الذين يتم شفائهم من الفصام على التوافق مع الحياة المجتمعية ويتجنبوا العودة إلى الإقامة بالمستشفيات (Simpson et al., 1989).

التدريب المهني (الحرفي): يساعد الاستخدام المنتظم الناس على مساندة أنفسهم، وممارسة الاستقلال، وكسب إحترام الذات، وتعلم العمل مع الآخرين. ويساعد أيضاً على جلب رفقة وترتيب لحياة الشخص اليومية. لهذه الأسباب، يعتبر التدريب المهني والإحلال شكلين هامين للعلاج المجتمعي بالنسبة للأشخاص الفصاميين (Leshner et al., 1992). ويعمل كثير من

نقص الكفايات فى المجتمع العلاجى Inadequacies in Community Treatment

كان لحركة الصحة العقلية المجتمعية تأثيراً رئيسياً على علاج الاضطرابات العقلية. ففي عام ١٩٥٥، كان ٢٣٪ فقط من جميع المرضى فى العلاج يتلقون رعاية فى العيادات الخارجية بالولايات المتحدة، واليوم يتلقى حوالى ٩٤٪ تقريباً من كل المرضى خدمات بالعيادة الخارجية. وتفسر النقلة إلى الرعاية المجتمعية بالنسبة للناس ذوى الفصام كثيراً من هذا التغيير الشامل (Rosenstein et al., 1989).

وكما لاحظنا، فإن برامج المجتمع الفعالة يمكن أن تساعد بوضوح المرضى ذوى الشفاء من الفصام. وتشير التقارير الخاصة بالمرضى الذين يتم علاجهم فى برامج المجتمع الفعالة ويتلقون علاجاً اجتماعياً إلى أنهم أسعد وأكثر رضاً بحياتهم من المرضى الذين يقيمون فى المؤسسات (Hogarty, 1993). ولسوء الحظ، يتلقى أقل من نصف الأفراد المصابين بالفصام خدمات صحة نفسية مجتمعية ملائمة (Von Korff et al., 1985). حقاً، يفشل ٤٠٪ تقريباً من الأفراد المصابين بالفصام فى تلقى أى شكل من العلاج على الإطلاق فى أى سنة معينة (Regier et al., 1993). ويوجد عاملان مسئولان عن ذلك، هما: سوء تناسق الخدمات وتناقص الخدمات.

سوء تناسق الخدمات: غالباً لا يوجد إتصال بين الوكالات المعنية فى مجتمع ولا إستراتيجية عامة تُملى الرعاية التى يتلقاها شخص فصامى (Leshner et al., 1992). والنصيحة التى يتلقاها مريض فى مركز اليوم قد تختلف عن تلك التى توزع فى مركز المجتمع للصحة النفسية. وبالمثل، يمكن أن يوجد إنفتاح فى منزل وسيط قريب ولا يعرف عنه المعالج فى مركز الصحة

العاملين بالصحة العقلية المجتمعية مع وكالات التأهيل المهنى لوضع العملاء فى برامج تدريبية ملائمة.

وكثير من الناس الذين يتم شفاؤهم من الفصام يبدأون تدريبهم المهنى فى ورشة عمل مستورة- مكان عمل محمى ومُشرف عليه بالنسبة للمستخدمين غير المستعدين لأعمال تنافسية أو معهده لتأسيس بيئة عمل غطية- تنتج مثل هذه اللعب، والتجهيزات المنزلية، أو أجهزة بسيطة تُصنع وتباع فيما بعد، ويُدفع للعمال طبقاً لأدائهم، ويتوقع من الجميع أن يكونوا فى العمل بانتظام وفى الوقت المحدد. وبالنسبة للبعض، تصبح ورشة العمل المستورة ورشة عمل دائمة. وبالنسبة للآخرين تكون خطوة هامة تجاه أجر أفضل واستخدام خارجى أكثر تعقيداً أو عودة إلى عملهم السابق أو مايكافته.

ولسوء الحظ، فإن التأهيل المهنى، فى الولايات المتحدة، غير متاح بشكل دائم للناس ذوى الفصام المزمّن أو الاضطرابات العقلية الشديدة الأخرى ووجدت إحدى الدراسات أن ٢٥٪ فقط من مثل هؤلاء الناس يكونوا مستخدمين، وأقل من ١٠٪ خارج ورش العمل المستورة (Mulkern & Manderscheid, 1989). وتركز إدارة العمل وبرامجها أكثر على جماعات أخرى، مثل جماعات الأقلية، والجماعات الأدنى اقتصادياً واجتماعياً، والفقراء المتعلمين، وتوجد ورش عمل مستورة للمرضى العقليين طويلى المد فى السويد، وإنجلترا، وروسيا، ولدى دول أخرى أكثر مما فى الولايات المتحدة (Black, 1977).

العقلية للمجتمع. وبالإضافة إلى ذلك، فإن وكالات المجتمع لا يمكن في الغالب أن تزود المرضى باتصالات مستمرة بنفس أعضاء الهيئة. وهكذا، فإنه من الصعب للمرضى أن ينموا نوع العلاقات الموثوقة مع الإكلينيكين والعاملين الآخرين التي تكون ضرورية لتقدمهم (Leshner et al., 1992).

تتمثل الخدمة النفسية في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمرضى النفسيين دون شك عن العدد الذي تتم الحاجة إليه. وبالرغم من أنه يوجد الآن ما يقرب من ٨٠٠ مركز صحة عقلية بالمجتمع في الولايات المتحدة، وقدرة الوكالة المشتركة للمرض العقلي والصحة العقلية أن ما يقرب من ثلاثة أضعاف يمكن أن يكون ضرورياً لخدمة الأمة بشكل لائق. كما يوجد قصور في المنازل الوسيطة وورش العمل ذات الإيواء.

والأكثر من ذلك، أن معظم مراكز المجتمع للصحة العقلية التي توجد تتقاعس عن تقديم خدمات كافية ومتأخرة للأفراد الفصاميين الذين يحتاجون للعلاج. وعلى الرغم من أن الأداء الأولي لمراكز المجتمع للصحة العقلية يفترض أنه «يركز على تقديم علاج سيكاتري لحالات المرض العقلي الحاد للمرضى الذين يمكن مساعدتهم إما بالنسبة لصعوبة الدخول إلى مستشفى عقلي أو بالنسبة لما يلي من تسريح»، وقد وفرت معظم المراكز وقتاً قصيراً، وانتباهاً بسيطاً، وأولوية مالية بسيطة لهؤلاء المرضى على مدى العقود الثلاثة الماضية. وعلى نحو متزايد، تم تخصيص الجزء الأكبر من موارد المراكز إلى تقديم علاج نفسي بالعيادات الخارجية، وتعليم، وخدمات وقائية للناس ذوي المشاكل الأقل تعقيداً، مثل اضطرابات القلق والاكتئاب، أو ذوي المشاكل في التوافق الاجتماعي. وعلى مدى الخمسة عشرة سنة الماضية، كان حوالي ١/٢ فقط من المرضى الذين تم علاجهم كانوا فصاميين (Rosenstein et al., 1990). ويبدو أن عوامل كثيرة تكون مسئولة عن ذلك، منها:

أولاً: ببساطة، يفضل معظم مهنيي الصحة العقلية أن يعملوا مع الناس الذين تكون مشاكلهم أقل شدة من الفصام حيث أن علاج الفصام يحتاج إلى جداول زمنية طويلة من الرعاية، فضلاً عن أن تقدم مرضى الفصام عادة يكون بطيئاً وأكثر إحباطاً من ذلك الخاص بالمرضى الأقل اضطراباً (Lee et al., 1993).

ثانياً: غالباً ما يعارض مواطنو المجتمع في وجود برامج مجتمعية للمرضى الفصاميين الذين يتشافون في أحيائهم، ويصلون إلى تطويق واحتجاج وحتى تدمير المنازل الوسيطة، ومراكز اليوم ومرافق المجتمع الأخرى. ويُشار إلى هذا باعتباره زملة أعراض (ليس في فناء الخلفي) Not in my back yard syndrome. ومقاومة المجتمع هذه، هي إحدى المشاكل الرئيسية التي تواجه المنازل الوسيطة والبرامج المماثلة اليوم (Leshner et al., 1992).

العلاج الذي يعهده المجتمع

على الرغم من هذه المشاكل الخطيرة، فإن النجاح الواضح في احتمالية الرعاية اللاحقة بالمجتمع للأفراد الذين تم شفاؤهم من الفصام تستمر في مجال اهتمام كل من الإكلينيكين وموظفي الحكومة، الذين يضغطون من أجل تطوير لائق لخدمات المجتمع. ومنذ عام ١٩٧٧ نشأ برنامج يُسمى «برنامج مساندة المجتمع» CSP، بواسطة المعهد القومي للصحة العقلية في الولايات المتحدة، وذلك لتزويد المجتمعات والولايات بتمويلات للمساعدة في تنمية أنظمة مساندة واسعة المدى ومتأخرة للمرضى العقليين المضطربين بشدة والمزمنين (Torry, 1988).

وبالمثل، فى السنوات الحديثة أنشأت الحكومة الفيدرالية «قوة العمل بشأن المرض العقلى الشديد والنشر»، التى تتمثل مهمتها فى إيجاد مزيد من الطرق الفعالة للحكومة الفيدرالية والولايات والتنظيمات المحلية العامة والخاصة لمواجهة الإسكان والعلاج واحتياجات التدعيم للأفراد المضطربين (Leshner et al., 1992) .

ورعاية مجتمع اليوم هى شكل رئيسى للعلاج من أجل شفاء مرضى الفصام فى دول بجميع أنحاء العالم (Lieberman, 1994)، وقد عملت بعض الدول التى تلاحظ مشاكل التسريع من المؤسسات فى الولايات المتحدة على تقديم برامجها المجتمعية بطريقة أفضل تنظيمياً، وأقل تدميراً، وأكثر نجاحاً. على سبيل المثال، فى السويد، يتم إعداد كاف للمرضى قبل أن يتم تسريحهم من المستشفى (Perris, 1988) .

الملخص:

كان العلاج النفسى ذا مساعدة قليلة فى علاج الفصام قبل إكتشاف العقاقير المضادة للذهان. والآن، مع ذلك، غالباً ما يُستخدم العلاج النفسى بنجاح بالاشتراك مع العقاقير المضادة للذهان، ويقترح البحث أنه يمكن أن يكون نافعاً جداً على اتجاه العلاج. والأشكال الأكثر نفعاً من العلاج النفسى، تشمل العلاج بالاستبصار، والعلاج الاجتماعى، والعلاج الأسرى.

وحديثاً تم تطبيق مجال مجتمعى لعلاج الفصام. وتم تحديد سبعة التسريع من المؤسسات الخاصة بخروج جماعى لمئات الآلاف من المرضى الفصامين والعقليين المزمنين الآخرين من مؤسسات الولاية إلى المجتمع، مزيداً

إلى حاجة مصممة للمساعدة على تكاملهم مرة ثانية فى المجتمع. وبين العناصر الرئيسية لبرامج الرعاية المجتمعية الفعالة تناسق خدمات المرضى بواسطة مركز المجتمع للصحة العقلية، ودخول المستشفيات قصير المدى (الذى يُتيح برعاية الناقهين)، ومراكز اليوم، والمنازل الوسيطة، والتدريب المهنى. وقد كان حركته لصحة العقلية المجتمعية تأثيراً رئيسياً على (Lieberman, 1994) .

والاضطرابات العقلية. ولسوء الحظ، فإن جودة وقبول الرعاية المجتمعية للأشخاص الفصامين قد كانا غير كافيين للغاية فى جميع أنحاء الولايات المتحدة، مما أدى إلى زملة أعراض «الباب الدوار» التى كان المرضى فيها يُسرحون إلى المجتمع ويعاد اعتماد دخولهم إلى المؤسسة مرة ثانية فى غضون شهر، ويُسرحون من جديد، ومع ذلك يعاد اعتماد دخولهم من جديد، وهكذا. ويتلقى أقل من نصف المرضى الفصامين خدمات صحية عقلية مجتمعية فعالة. إن عاملين مستولان بشكل رئيسى بالنسبة لهذه الحالة، هما: سوء تنسيق الخدمات ونقص الخدمات.

ورغم هذه المشاكل الخطيرة، فإن النجاح واحتمالية الرعاية المجتمعية الملائمة لشفاء الأشخاص الفصامين تستمر فى مجال إهتمام كل من الإكلينيكين وموظفى الحكومة. وأحد الابتكارات الرئيسية فى هذا المجال قد كان تكوين جماعات إهتمام قومية تعزز بنجاح العلاج المجتمعى للمرضى الفصامين والمرضى المزمنين الآخرين. علاوة على ذلك، فإن الرعاية المجتمعية قد أصبحت الشكل الرئيسى للعلاج من أجل شفاء الناس الفصامين فى جميع أنحاء العالم.

and affective disorders(. Eur. Arch. Psychiat.
Neurol. Sci., 234 (4), 250- 257.

- 5- Boker, W. (1992). A call for partnership between schizophrenic patients, relatives and professionals. Brit. J. Psychiat., 16(18) 10-12.
- 6- Caton, C. (1982). Effect of length of inpatient treatment for chronic schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 139 (7), 856- 861.
- 7- Creed, F., Black, D., & Anthony, P. (1989). Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness: A critical appraisal. Brit. J. Psychiat., 154, 300-310.
- 8- Creet, C., & Wing, J. (1974). Schizophrenia at home. London: National Schizophrenia Fellowship.
- 9- Davis, J., Comaty, J., & Janicak, P.(1988). The psychological effects of antipsychotic drugs. In C. Stefanis & A. Rabavilis (Eds.), Schizophrenia: Recent biosocial development. New York: Human Sciences.
- 10- Domenici, N., & Griffin-Francelle, C. (1993). The role of family education. J. Clin. Psychiat., 54(3), 31- 34.

مراجع الفصل الخامس:

- 1- Beiser, M. Shore, J., Peters, R., & Tatum, E. (1985). Does community care for the mental ill make a difference? A tale of two cities. Amer. J. Psychiatry, 142, 100-105.
- 2- Bellack, A., Morrison, R., & Mueser, K. (1989). Social problem solving in schizophrenia. Schizo. Bull, 15 (1), 101-116.
- 3- Black, B. (1977). Substitute permanent employment for the deinstitutionalized mentally ill. J. Rehab., 43, 32- 35.
- 4- Bocker, F. (1984). Soziale Integration und Kontakte ZuBezugspersonen des gewohnten sozialen Umfeldes wahrend stationarer Behandlung impsychiatrischen Krankenhous. Eine prospektive katamnestische Untersuchung an erstmals aufgenommenen patienten mit schizophrenen and cyclothymen Psychosen (Social integration and contact with people in the normal social environmental during treatment in a psychiatric hospital: A follow-up of first-admission inpatient with schizophrenia)

- 17- Goldstein, M. (1991). Psychosocial (nonpharmacologic) treatments for schizophrenia. In A. Tasman & S. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 10). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 18- Hafner, H., & an der Heiden, W. (1988). The mental health care system in transition: A study in organization, effectiveness, and costs of complementary care for schizophrenic patients. In C. Stefanis & A. Rabavilis (Eds.), *Schizophrenia: Recent biosocial development*. New York: Human Sciences.
- 19- Hayward, M., & Taylor, J. (1965). A schizophrenic patient describes the action of intensive psychotherapy. *Psychiat. Quart.*, 30.
- 20- Heinrichs, D., & Carpenter, W. (1983). *The coordination of family therapy with other treatment modalities for schizophrenia*. New York: Guilford.
- 21- Herz, M. et al., (1971). Day vs. inpatient hospitalization: A controlled study. *Amer. J. Psychiat.*, 127 (4), 1371- 1381.
- 11- Drake, R. E., McHugo, G., & Noordsy, D. (1993). Treatment of alcoholism among schizophrenia outpatients: 4-year outcomes. *Amer. j. Psychiat.*, 150(2), 328- 329.
- 12- E. (1989). Die psychische Behandlung Schizophreniekranker in der klinik (The psychiatric treatment of hospitalized schizophrenics). *Schweizer, Archiv for Neurologie, Neurochirurgie und psychiatric*, 136(1), 67- 74.
- 13- Fox, (1992). Implications for expressed emotion therapy with a family therapeutic context. *Health and Social Work*, 17(3), 207- 213.
- 14- F. (1943). Psychotherapy of schizophrenia. *Amer. J. Psychiat.*, 111, 410- 419.
- 15- Goldstein, M. (1981). Family factors associated with schizophrenia and anorexia nervosa. *J. Youth Adol.*, 10 (5), 385- 405.
- 16- Goldstein, M. (1987). Treatment of families of schizophrenic patients: Theory, practice, and research. *Inter. J. Fam. Psyciat.*, 8 (2), 99- 115.

- schizophrenics receiving low-dose neuroleptics: The family's view. Meeting of the Society for Life History Research on Psychopathology (1984, Baltimore, Maryland). *Psychiatry*, 51 (1), 5-15.
- 29- Lamb, H. (1982). Treating the long-term mentally ill. San Francisco: Jossey-Bass.
- 30- Lee, P., Lieh-Mark, K., & Spinks, J. (1993). Coping strategies of schizophrenic patients and their relationship to outcome. *Brit. J. Psychiat.*, 163, 177- 182.
- 31- Leshner, A., et al. (1992). Outcasts on the main street: Report of the Federal Task Force on Homelessness and severe Mental Illness. Washington, DC: Interagency Council on the Homeless.
- 32- Liberman, R. (1994). Treatment and rehabilitation of the seriously mentally ill in China: Impressions of a society in transition. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 64 (1), 68- 76.
- 33- Liberman, R., & Corrigan, P. (1993). Designing new psychosocial treatment for schizophrenia. *Psychiatry*, 56, 238- 253.
- 22- Hogarty, G. (1993). Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. *J. Clin. Psychiat.*, 54 (3), 18-23.
- 23- Hogarty, G. et al., (1974). Drug and sociotherapy in the treatment of schizophrenic patients. *Arch. Gen. Psychiat.*, 31 (5), 609- 618.
- 24- Hogarty, G. et al. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance: I. One- Year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch. Gen. Psychiat.*, 43 (7), 633- 642.
- 25- Karon, B. (1985). Omission in review of treatment interactions. *Schizo. Bull.*, 11 (1), 16- 17.
- 26- Karon, B. (1988). Cited in T. De Angelis, "Resistance to therapy seen in therapists, too". *APA Monitor*, 19 (11) 21.
- 27- Kennedy, L. (1992). Partial Hospitalization. In A. Tasman & M. Riba (Eds.), *Review of Psychiatry: Vol. 11*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- 28- Korman, D., Blumenthal, R., Borenstein, M., Worner, M. (1988). Family attitudes and patient social adjustment in a longitudinal study of outpatient

- 39- Perris, C. (1988). Decentralization, sectorization, and the development of alternatives to institution care in a northern county in Sweden. In C. Stefanis & A. Rabavilis (Eds.), *Schizophrenia: Recent Advances in Treatment*. New York: Human Sci.
- 40- Regier, D., Narrow, W., Rae, D. (1993). The de facto US Mental and Addictive Disorders System: Epidemiological Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders in services. *Arch. Gen. Psychiat.*, 50, 85- 94.
- 41- Rosenhan, D. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179 (4070), 250- 258.
- 42- Rosenstein, M., Milazzo-Sayre, L., & Manderscheid, R. (1989). Care of persons with schizophrenia: A statistical profile. *Schizo. Bull.*, 15 (1), 45- 58.
- 43- Rosenstein, M., Milazzo-Sayre, L., & Manderscheid, R. (1990). Characteristics of persons using specialty inpatient, outpatient, and partial care programs in 1986. In R. Manderscheid & M. Sonnenschein (Eds.), *Mental Health. United States, 1990*. DHHS Pub. No. (ADM) 90-1708. Washington DC: GPO.
- 34- Lovejoy, M. (1982). Expectation and the recovery process. *Schizo. Bull.*, 8 (4), 605- 609.
- 35- Madianos, M., & Madianou, D. (1992). The effects of longterm community care on relapse and hospitalization of persons with chronic schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 21 (1), 37- 49.
- 36- Mavrou, A., Tomaras, V., Karydi, V., Econonou, M. (1992). Expressed emotion in families of choronic schizophrenics and its association with clinical measures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27 (1), 4-9.
- 37- Mulholland, V., & Manderscheid, R. (1989). Characteristics of community support program clients in 1980 and 1984. *Hosp. Comm. Psychiat.*, 40 (2), 165- 172.
- 38- Perlick, D., Stastny, P., Mattis, S., & Teresi, J. (1992). Contribution of family, cognitive and clinical dimensions to longterm outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6(3), 257- 265.

- Schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 173, 577-581.
- 52- Westermeyer, J. (1992). Schizophrenia and substance abuse. In A. Tasman, & M. Riba (Eds.), *Review of Psychiatry* (Vol. 11). Washington, DC: American Psychiatric Press.
 - 53- Whitehorn, J., & Betz, B. (1975). *Effective psychotherapy with the schizophrenic patient*. New York: Jason Aronson.
 - 54- Will, O. (1961). Paranoid development and the concept of self: Psychotherapeutic intervention. *Psychiatry*, 24 (2), 16- 530.
 - 55- Will, O. (1967). Psychological treatment of schizophrenia. In A. Freedman & H. Kaplan (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
 - 56- Wilson, W., Diamond, R., & Factor, R. (1990). Group treatment for individuals with schizophrenia. *Comm. Ment. Heth. J.*, 26(4), 361- 372.
 - 57- Zastowny, T., Lehman, A., Cole, R., & Kane, C. (1992). Family mangement of schizophrenia: A comparison of behavioral and supportive family treatment. *Psychiat. Quart.*, 63 (2), 159- 186.
 - 44- Sc... R., Fagin, L., & Winter, D. (1993). The importance of the role of the patient in the outcome of schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.*, 163, 62- 68.
 - 45- Sc... (1992). Brief Hospitalization. In A. Tasman & M. ... Washington, DC: American psychiatric Press.
 - 46- S...son, C., Hyde, C., & Faragher, E. (1989). The chronically ill in community facilities: A study of quality of life. *Brit. J. Psychiat.*, 154, 77- 82.
 - 47- S...an H. (1954). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
 - 48- S...ivan, H. (1962). *Schizophrenia as a human process*. New York: Norton.
 - 49- T...y, E. (1988). *Nowhere to go: The tragic odyssey of the homeless mentally ill*. New York: Haper & Row.
 - 50- T...rey, E., Wolfe, S., & Flynn, L. (1988). *Care of the seriously mentally ill: A rating of state programs* (2nd ed.). Washington, DC: Public Citizen Health Research Group and National Alliance for the Mentally Ill.
 - 51- on Korff, M., Nestadt, G., Romanoski, A. (1985). Prevalence of treated and untreated DSM-III

الفصل السادس

علاج الاعتماد على العقاقير

توجد قضية هامة لا بد من طرحها قبل عرض طرق علاج الاعتماد على العقاقير، وتمثل تلك القضية في عملية الاحالة وتخطيط العلاج، وهذا ما سوف نتناولها بالمناقشة في بداية هذا الفصل، ثم نعرض طرق العلاج المتنوعة للاعتماد على العقاقير.

أولاً: الاحالة وتخطيط العلاج

Referral and Treatment Planing

بصرف النظر عن مدى الصعوبة التي قد يدرك بها الإكلينيكي تقييم استخدام المواد، فبمجرد فقط جمع البيانات وبعد أن يحدد وجود اضطراب استخدام المواد، يبدأ التحدى الحقيقى. والسؤال الأول الذى يُستشار بعد أن يكون مرشد الصحة النفسية قد قرر عمل تشخيص استخدام مادة هو ما إذا كان يحاول علاج عميل له هذا التشخيص؟. وكما هو مشار إليه في البداية هو التأكد من أن مقدم رعاية الصحة النفسية لا يسيء التشخيص أو يفشل في تحديد العملاء الذين يستخدمون المواد المتعلقة بالمشاكل، فهذا الفصل لا يتناول تعقيد علاج استخدام المواد. والسؤال الخاص بمن هو أفضل مقدم رعاية صحية للعملاء الذين يستخدمون المواد؟ لا يمكن الإجابة عليه بشكل يبعث على الرضا التام (Miller & Brown, 1997). ورغم ذلك، فالشيء المؤكد أن المعالج الذى ليس لديه خبرة في علاج استخدام المواد يخدم على أحسن وجه العميل الذى يستخدم المواد بعمل إحالة إلى مقدم رعاية لديه هذه الخبرة. وتوجد اختبارات معينة كثيرة للعلاج مزودة بشكل أفضل للتعامل

مع الديناميات الخاصة الموروثة للعمل مع العملاء الذين يعانون من مشاكل في المواد. ولا تعوق مثل هذه الإحالة الإكلينيكي الذي يقوم بالاحالة مع العميل بشكل متلائم، بالتركيز على الإرشاد أو العلاج. إنه يخطر بباله تشكك قنطرة تحتاج - أيضاً - إلى أن يتناولها على نفس المستوى. في ميدان علاج استخدام المواد، فإن الإحالة إلى الأخصائيين النفسيين بعد الاحالة المباشرة لخبير آخر.

وقرارات الاحالة التي يمكن أن تعمل ليست دائماً حاسمة. فمهمة الأخصائي لتقديم رعاية الصحة النفسية هو سؤال ما إذا كان عملاء استخدام المواد من الأفضل لهم علاجهم على أساس مرضى خارجيين أو ما إذا كان العلاج الداخلي للمرضى ضرورياً؟ وبالتأكيد، إذا كانت فترة متوقعة للانسحاب بعد استخدام شديد وطويل، فإن إزالة التسمم (سحب المخدر) قد يحتاج إلى أن يحتل مكاناً في بيئة طبية منضبطة ومُحكمة. ومع ذلك، فإنه حتى بعد إزالة التسمم، فلأن العميل يستمر في أن يكون مستهدفاً للانتكاسة، فإن العلاج الداخلي للمرضى قد يبقى ضرورياً. وقد وجد جدال مستمر بأن العملاء الذين يستخدمون المواد بنشاط أو الذين لازموا تحت التأثير يفضل أن لا يتم رؤيتهم في العلاج الخارجي للمرضى. وسيتقدم خطوط إرشادية قليلة معينة خاصة بالعلاج الداخلي مقابل العلاج الخارجي للمرضى.

وإذا ما بدا عميل قادراً على الاستفادة من العلاج الخارجي، فإن العلاج الداخلي قد يكتمل أو لأن شدة استخدام المواد قد حُكم عليها بعد الخدمات الداخلية للمرضى، فإن خدمات إضافية تحتاج أيضاً أن تناقش من الاحالة. وتشمل التوصيات العامة الاحالات إلى الأطباء، الذين

يراقبون ويقيمون الصحة البدنية، لتدعيم المجموعات (على سبيل المثال، مجموعة المدمنين المجهولين AA) لمساعدة العميل على تأسيس شبكة اجتماعية لا تقوم بالاستخدام، وربما لبرنامج نفسي تعليمي لمجموعات يقودها مقدمو خدمة متخصصون في علاج استخدام المواد. ويشار إلى الأخير بصفة خاصة إذا ما كان العميل لا يزال يُظهر انكاساً، عندها عادة تارة استخدام (Hood & Johnson, 1997). واستخدام المواد، حتى بمجرد توقفها، تتضمن بصفة عامة أنه سيوجد عدد من اهتمامات موجودة متعلقة بحتاج إلى التناول في خطة العلاج. وقيل هذه إلى أن تشمل مشاكل قانونية، ومشاكل خاصة بالعلاقات، وتدخلات تعليمية ومهنية، والحاجة إلى تدريب على مهارات اجتماعية وغو المساندة الاجتماعية، ومشاكل الصحة واللياقة البدنية، والحاجة إلى إستراتيجيات مواجهة بديلة للتعامل مع الضغط، وتطوير مهارات أوقات الفراغ، وعلاج الأعراض النفسية (التي تصل من الأعراض إلى الاضطرابات)، والوقاية من الانتكاسة (Namyniuk et al., 1997). وبالإضافة إلى ذلك، فإن استخدام المواد لا يحدث في الفراغ، ويوجد احصاء دال في الكتابات التي لها دائماً مضمونات بالنسبة لأعضاء الأسرة. ومن ثم، فإن تخطيط العلاج مع الاحتياجات الفردية للاعتراف بأن أسرة العميل قد تحتاج مساندة علاجية بشكل أو آخر أيضاً (Namyniuk et al., 1997).

معايير الإحالة: Referral Criteria

قدمت الجمعية الأمريكية لطب الادمان (ASAM) مجموعة من الخطوط الإرشادية للتقييم واتخاذ القرار بخصوص إنتقاء العلاج بالنسبة للعملاء الذين يستخدمون المواد (ASAM, 1996). وتحدد هذه الخطوط الإرشادية أن العميل

يحتاج إلى أن يتم تقويته على طول ستة أبعاد لتقويم إحتياجات العلاج، هي:

- تعقيدات التسمم والانسحاب Intoxication and Withdrawal Complication: المخاطر المرتبطة بكل منهما،

وشبكة التدعيم للمساعدة مع إزالة تسمم المرضى الخاضعين للعلاج.

المفاهيم والنهج البيولوجية النفسية: Biological and Psychobiological

conditions and complications: حالات ضيق مزمنة قد تؤثر على

تفاعل عادة مع استخدام العقيل للمواد وقد تؤثر في العلاج.

- الظروف الانفعالية والسلوكية Emotional and behavioral

conditions: ظروف طبي نفسية مزمنة أو متغيرات إنفعالية قد تتفاعل

عادة مع استخدام العقيل للمواد وقد تؤثر في العلاج.

- قبول مقابل مقاومة العلاج Treatment acceptance versus

resistance: مستوى دافعية الذات والإذعان المتوقع، وإدراك الإكراه

على العلاج من جانب العقيل.

- إمكانية الانتكاسة Relapse potential: الوعي بشيئرات

الانتكاسة، والخاصة بالمخاطرة بالنسبة للاستخدام المستمر بعلاج،

والوعي باحتياجات العلاج ومصادر المواجهة.

- ظروف الشفاء: Recovery circumstances: متغير بيئية

الشفاء التي تعوق أو تسهل الشفاء والخاصة بالتعقيدات البيئية

والمهنية، أو الخاصة بالعدالة الجنائية أو دوافع الشفاء.

وسوف تساعد الإجابات على هذه الاعتبارات الستة المرشد على

بخطوة إحالة تتناسب مع مستوى المخاطرة. وكلما إرتفعت المخاطرة المتعددة

الإجابات على الاعتبارات الستة، كلما زاد المحيط الذي سيحال إليه

تعقيداً، وكلما إنخفضت المخاطرة، كلما كان إحتمال أن مجالات العلاج
الخارجي غير المقيد أكثر ملائمة. وبقصد مستويات الرعاية التي يمكن أن تؤخذ
في الاعتبار من التدخل المبكر، والعلاج الخارجي للمرضى، والعلاج الخارجي
المكثف/العلاج الداخلي الجزئي، والعلاج المقيم/خدمات العلاج الداخلي، إلى
خدمات علاج

والتدخل المبكر ملائم للعملاء ذوي المخاطرة المنخفضة الذين لديهم أدنى
الأعراض بدون اضطراب حالي قابل للتشخيص. وهو يتضمن تعليمات عن
المخاطرة الخاصة باستخدام المواد ويمكن تقديمه في مجموعة متنوعة من
المحيطات، التي تشمل سياق العلاج أو الإرشاد النفسي. وهذا المستوى من
التدخل، في حد ذاته، قد يكون ممكناً عند مستوى مقدم رعاية الصحة النفسية
المقيمة، طالما أن ذلك المهني يمتلك بعض المعرفة الأساسية الخاصة باستخدام
المواد. والعلاج الخارجي للمرضى يُقدم على أحسن وجه بواسطة الإكلينيكيين
الذين يتخصصون في علاج استخدام المواد. ويمكن أن يتكون من جلسات فردية
أو علاج جماعي. والعملاء الملائمون بالنسبة لهذا المستوى من التدخل لديهم
تشخيص استخدام المواد ولكنهم مصابين بأدنى حد من التسمم ومشاكل
إضافية طبية وطب نفسية. ولديهم فاعلية جوهرية للعمل والعلاج. وبصفة عامة،
هؤلاء العملاء لديهم بيئة مدعمة سوف تساعد على الشفاء أكثر من إعاقته.

وتتضمن برامج الدخول الجزئي للمستشفى من أجل العلاج أو العلاج
الخارجي المكثف للعقيل في برامج نهائية ومسائية مُعدة تتطلب عادة ٩
ساعات على الأقل من المشاركة أسبوعياً. ومثل هذه المحيطات لها إمكانات
تحقيق احتياجات العملاء الطبية والنفسية وغالباً ماتقدم مدخلاً للمرافق
والهئية الطبية الخاصة بإزالة التسمم. والعملاء الذين يكونون ملائمين لهذه

الأنماط من البرامج يخبرون بعض أعراض التسمم أو الانسحاب الخفيفة والتي تواجه بسهولة، كما أنها يمكن أن تعالج بدون إشراف ٢٤ ساعة يومياً إذا ما سلمنا بأدنى احتمال على الانتكاس. وتقدم هذه البرامج بيئة مدعمة سون تساعد العملاء في مطلبهم الخاص بالعلاج، وهؤلاء العملاء مدعومون للعلاج وراسون بالمعون مع ويسون إلى المساعدة من يسون.

ومن الأفضل أن يحال العملاء ذوو الاحتمالية المرتفعة من الانتكاسة والتسمم الشديد أو أعراض الانسحاب إلى خدمات خاصة بالانكاسة والمرضى الداخليين. ويميل هؤلاء العملاء إلى أن تكون لديهم التزامات ودية معينة مذبذبة للعلاج وقد يحضرون بحالات طبية وطب نفسية علاجهم. وقد تكون لديهم أيضاً - ظروف متعلقة بالانسحاب تتطلب إشراف طبي عن قرب. وهؤلاء العملاء لازال لديهم قدرة مشكوك فيها للبقاء ممتنعين عن المخدرات، وقد لا تكون بيئتهم المعيشية مدعمة بشكل تام على الرزانة والانسحاب. وتوجد بعض القابلية للتغير في مستوى الرعاية التي يمكن أن تُقدم من محيطات المرضى الداخليين. وبعض هذه المحيطات مرافق مرنة بدرجة معتدلة ومفتوحة الأبواب بحيث تسمح للعملاء بالحرية لأن يأتوا ويذهبوا، كما يحتاج إليه بالنسبة للالتزامات الخاصة بالعمل أو الأسرة. أما بعض المحيطات الأخرى فتكون مقيدة بشكل مرتفع، تسمح بالغياب فقط من خلال جوازات مرور معتمدة أو عند وجود إشراف.

وتتضمن برامج المرضى الداخليين ساعات كثيرة من العلاج سبياً، ولها بصفة عامة برامج علاج محددة فردية وجماعية. ويمكن لهذه البرامج أن تدير معظم الموضوعات الطبية والطب النفسية التي تبرز، وتشمل إتاحة بيئات إزالة التسمم. وقد يحتاج العملاء المصابون باضطرابات طبية شديدة سوية لاد

متفاعلة مع استخدامهم للمواد إشرافاً طبياً إضافياً يمكن أن يُقدم فقط في مرافق مجهزة بصفة خاصة. ومثل هؤلاء العملاء في حاجة للإحالات إلى مرافق علاج مكثف للمرضى الداخليين. ويقدم جدول (١) خطوط إرشادية قليلة مقترحة للمساعدة في عملية إتخاذ القرار الخاص بالاحالة.

جدول (١) الخطوط الإرشادية بالنسبة لقرارات إحالة مريض داخلي مقابل مريض خارجي

اختيار علاج داخلي للمريض	اختيار علاج خارجي للمريض	متغير الجمعية الأمريكية لطب الادمان
- مخاطرة انسحاب شديدة	- لا يوجد تسمم حاد	أعراض تسمم
- فشل تحقيق علاج سابق بعد	- مخاطرة إلى أدنى حد	أو انسحاب
- إزالة التسمم	- بالنسبة لأعراض انسحاب شديدة	حالة تعقيدات طبية
- مرض طبي ملازم يتطلب	- أية حالات طبية موجودة	
- اهتماماً طبياً	- ثابتة لا تتطلب دخول المستشفى	
- عواقب طبية لاستخدام	- أية حالات طبية موجودة	
- المواد قد تكون تهديداً	- لا تتأثر على نحو مباشر	
- للصحة في المستقبل	- باستخدام المواد	
- حالة طبية تتزايد باستخدام		
- مستمر للمواد		
- بعض خطورة إيذاء الذات أو	- لاخطورة إيذاء الذات أو	حالات أو تعقيدات
- الآخرين	- الآخرين	انفعالية أو نفسية
- أعراض انفعالية أو نفسية	- قدرات عقلية سليمة على	
- أو سلوكية تفسد مهارات	- نحو كاف لفهم تدخلات العلاج	
- المعيشة اليومية وقد، ات المواجهة		

تابع جدول (١) الخطوط الارشادية بالنسبة لقرارات
إحالة مريض داخلي مقابل مريض خارجي

متغير الجمعية الأمريكية لطب الادمان	اختيار علاج خارجي للمريض	اختيار علاج داخلي للمريض
- لا يوجد اضطراب طبي نفسي مرضى مشترك	- اضطراب شخصية مصاحب في الوجود يؤدي إلى سلوك إختلالى غير متنبئ به	
- مشاكل انفعالية أو نفسية تتداخل مع الامتناع عن المخدرات	- عنف خلال التسمم	
قبول مقابل مقاومة العلاج	- الرضا بالتعاون مع قوائم العلاج - مستوى دافعية بالنسبة للعلاج بسبب تبين مشكلة مع استخدام المواد	- رضا متذبذب بالنسبة للتعاون - عجز مع الخروج الحالى الخاص باستخدام المواد
إمكانية الانتكاسة	- القدرة على البقاء ممتنعاً بين مواعدين مع تدعيمات منتظمة كافية	- عجز عن استخدام التحكم إذا وجدت المادة - عجز عن كبح استخدام بدون إشراف دائم - أعراض أخرى تتطلب هذا المستوى من الرعاية
ظرف الشفاء	- بيئة مدعمة للشفاء - الرضا والقدرة المتوقعة على خلق بيئة مدعمة إذا كانت غائبة فى الوقت الحالى	- بيئة لا تقود إلى شفاء - بيئة خطرة - مهنة الاستخدام يمكن أن يفرض تهديدات أو للآخرين

الجمعية الأمريكية لطب الإدمان .

وهذا الجدول غير نهائى، إنه لا يقدم سوى إقتراحات يمكن أن تُستخدم
بالتوازي مع حكم إكلينيكي ملائم للوصول إلى أفضل خطة ممكنة للعمل إذا
أخذنا فى الاعتبار ما يُعرف عن المريض. ولا يمكن أن يحتل هذا الجدول مكان
تقييم ملائم ومكثف ومعرفة عميقة بكل عوامل المخاطرة. إنه يفاضل فقط بين
قرارات العلاج للمرضى الداخليين مقابل المرضى الخارجيين. حيث يجب على
فريق أكثر دقة للرعاية من الصعب أن تكتم.

عملية الإحالة: Referral Process

يحتاج مقدمو رعاية الصحة النفسية، بوضوح، إلى أن تكون لديهم
بعض الألفة بأنماط مرافق علاج استخدام المواد المتاحة فى مجتمعاتهم من أجل
أن تحتل الإحالة الملائمة مكاناً. على أدنى حد، هى مساعدة الإكلينيكي على
استدعاء مهني متخصص لاستخدام المواد فى المجتمع (عن طريق النظر فى
دليل التليفونات) للحديث عن من يقدم خدمات للمرضى الداخليين. إن زيارة
لمرفق فى المجتمع يمكن أن تكون نافعة- أيضاً- لأن القدرة على وصف المحيط
الذى يحال إليه عميل يمكن أن يكون نافعاً إلى أقصى حد لتسكين مخاوف
وقلق العميل. وإقامة علاقة مع مركز علاج استخدام المواد فى المجتمع المحلى
يكون مساعداً لأن مثل هذه المرافق غالباً ما يكون بها مرشداً لأخذ المعلومات
عند الطلب يستطيع أن يساعد فوراً فى قرارات الاحالة والتقييم. ومعرفة
هؤلاء المقدمين للرعاية يمكن أن تساعد الإكلينيكي خلال الأوقات التى تكون
فيها قرارات العلاج والإحالة صعبة وعاجلة. وقد يكون الإكلينيكي قادراً على

أن يبادر بالاستدعاء للمرفق في وجود العميل، مخولاً للعميل أن يقرم باتصال تليفوني بمقدم الرعاية التالي.

ويعتبر استعداد العميل بمثابة عنصر أساسى آخر فى عملية الاحالة. وإذا أخذنا فى الاعتبار حقيقة أن العميل سعى لخدمات من مقدم خدمة خاصة بالصحة النفسية، فمن المحتمل ان بعض مستوى الانحار يحون موجوداً عن الحاجة لخدمات متخصصة بالنسبة لإستخدام المادة. وقد يكون العميل مقاوماً لإحالة تخص خدمات علاج لإستخدام المادة وقد لا يريد أن يعترف أو يقبل أن مشكلة إستخدام المادة موجودة. والخطوة الأولى فى عمل الاحالة، هى، لذلك، تقييم مستوى وعى وقبول العميل بوجود مشكلة إستخدام مادة. ويُجز هذا على أفضل وجه بسؤال العميل عن الصلة بين المشاكل الموجودة ونمط العميل فيما يتعلق باستخدام المادة. وعلى نحو تفاؤلى، عند الاستفسار هكذا فإن العميل يعترف بعلاقة بين الاثنين ويتبين أن المشاكل الموجودة لا يمكن أن تكون مستقلة تماماً عن استعمال المادة. ولسوء الحظ، لن يتفاعل كل العملاء بهذه الطريقة المفضلة لاقتراح العميل بأن الموضوعين مرتبطان ببعضهما. وإذا أنكر العميل العلاقة بين مشكلة إستخدام المادة والاهتمامات الحالية، تصح المهمة العلاجية الأولى للإكلينيكى هى أن يبين الصلات ويساعد العميل على تبينها.

كيف يشرع الإكلينيكى فى عمل الصلة بالنسبة للعميل الذى يكون فى حالة إنكار شديد؟ فتماثل هذه العملية العملية التى يلجأ إليها أعضاء الأسرة عندما يحاولون أن يجعلوا عضواً آخرأً يتبين مشكلة إستخدام المادة. وتبدأ العملية باخبار العميل أن إستخدام المادة يخلق سلسلة من المشاكل فى حياته وأن هذه المشاكل، بكل الاحتمالات، لا يمكن أن تحل بدون تناول موضوع إستخدام المادة. وكلما إستطاع الإكلينيكى أن يكون أكثر حديداً

فى إنتقاء إهتمامات الحياة التى تتأثر بوضوح باستخدام العميل للمادة، كلما كانت المناقشة أكثر إقناعاً. ولا يحتمل أن يكون تقرير عام عن ما لإستخدام المادة من تأثيرات سلبية على العلاقات. وسوف ينكر العملاء أن هذا قد حدث فى حياتهم. ومع ذلك، فإن القدرة على الاشارة مرة ثانية إلى إهتمامات أو نماذج محددة فى الحياة، قد تكون مفيدة. فمثلاً، قد يكون العميل قد استخدم المادة بمشاكل متنوعة فى حياة العميل هو وسيلة أساسية لمحاولة خلق دافعية داخلية لدى العميل للبحث عن مساعدة لنموذج إستخدام المادة.

وبمجرد عمل الروابط، وبصرف النظر عن مستوى القبول بواسطة العميل، فإن الخطوة التالية لعملية الاحالة، يشرح فيها الإكلينيكى أن خبيراً فى علاج إستخدام المواد يحتاج إلى أن يكون متضمناً من أجل نتيجة أو عاقبة علاجية تدعو إلى التفاؤل. ويتحدد مستوى ونمط التضمنين عن طريق المعايير السابقة للعلاج الداخلى مقابل الخارجى للمرضى، وسيقوم الإكلينيكى - أيضاً - بعمل إختيارات شخصية عن ما إذا كان سيجرى إرشاداً أو علاجاً مع العملاء الذين يستخدمون المواد والذين يعالجون على نحو متلازم لإستخدامهم المواد. ويتطلب العلاج المتلازم تناسق الرعاية والاتصال المنتظم بين جميع المقدمين المنغمسين فى الرعاية (مع إطلاق ملامح للمعلومات بطبيعة الحال). وبمجرد قبول العميل الحاجة إلى إحالة، فإن الإكلينيكى والعميل سوف يعملان معاً لجعل الإحالة تحدث. وسوف تعتمد الصفات المميزة لهذا العمل على مستوى التدخل الذى يحتاج إليه العميل. وعلى نحو أكثر أهمية، فإن الإكلينيكى يعمل مع العميل بشكل تعاونى حتى يتم تأسيس بعض الاتصالات على الأقل التى يُظن أنها حاسمة فى العلاج الملائم للعميل. وبكلمات أخرى، لا يُرسل العميل إلى

هذه الإحالة الخاصة بالصحة النفسية، حتى بعد أن يكون قد رفض الإحالة المتعلقة باستخدام المواد.

ثانياً: يمكن أن يقرر مقدم رعاية الصحة النفسية أن يرى العميل حتى بدون مساعدة مهني أو أخصائي استخدام المواد، إذا ما سلمنا أنه بغير ذلك لن يسعى العميل بأن يترك المواد، حتى أن خدمات حتى أو مدى ومداومة في هذه الحالة هي أن مقدم رعاية الصحة النفسية غير الخبير بقضايا استخدام المواد، لا زال يمكن أن يساعد العميل في الشأن المقدم، حتى مع أن قضايا استخدام المواد لا يمكن تناولها بشكل تافؤلي. وإذا كان هذا هو الاختيار، فإن على الإكلينيكي بعض المسؤولية في أن يشرح للعميل قصور العمل الذي يمكن أن يقوم به معاً. وسيكون من المهم للإكلينيكي أن يترك العميل يعرف أنه لا يعتقد أن هذا هو أفضل علاج يُختار وأن قضية استخدام المواد ستكون بارزة دائماً، حتى في عمل هذا المقدم مع العميل. والمرشد الذي يختار هذا الطريق من العمل سوف يحتاج حينئذ إلى أن يصبح على علم بخصوص علاج استخدام المواد، على الأقل بشكل أولي، وسيأخذ في الاعتبار دائماً كيف أن موضوعات الصحة النفسية التي يعمل فيها قد تتأثر باستخدام المواد والعكس بالعكس. وسوف ينقح الإكلينيكي - أيضاً - على نحو دوري الموضوع مع العميل، محاولاً أن يعمل الاحالات الملائمة بتقدم العلاج الخاص بالصحة النفسية. ويعتبر السعي إلى استشارة مع مهني ذي خبرة في مجال علاج استخدام المواد مساو للنجاح وتقديم علاج أخلاقي في هذه الحالات.

المنزل إلا مع بعض الأعضاء، دون أن يُرى مرة ثانية على الإطلاق بواسطة الإكلينيكي الذي أحاله. وبدلاً من ذلك، فإن بعض الوقت سوف يؤخذ في جلسة لعمل اتصالات مع المهنيين المتعاونين. ويمكن أن تمتد هذه الاتصالات من عمل مكالمات مع مرشد خاص بالعلاج الخارجي إلى مكالمات مع مرفق علاج من شأنه أن يسهل انتقال المريض من العلاج إلى الرعاية. وإذا كان المريض بحاجة إلى رعاية متواصلة ويظهر اهتماماً وحباً، أن يبين لهفة على التخلص من العميل.

وحتى بعد أغلب محاولات الرعاية من الإكلينيكي، إذا قرر عميل أن يرفض الاحالة من أجل علاج استخدام المواد، سواء كان مثل هذا العلاج لاحتلال مكان بشكل تعاوني مع أو بدلاً من علاج الصحة النفسية، فإن مقدم رعاية الصحة يجب أن يقرر مايفعله مع العميل. ويوجد على الأقل إختياران واسعان في مثل هذه الأمثلة:

أولاً: يمكن أن يختار الإكلينيكي أن يرفض الخدمات للعميل. وفي مثل هذه الحالة، يمكن أن يفسر المرشد للعميل أن العلاج الملائم غير ممكن بدون تدخل أخصائي استخدام المواد، ويعطى العميل حينئذ مصادراً (على سبيل المثال، أسماء مقدمي العلاج الداخلي والخارجي) للاحالة ويشجع بشدة على عمل هذه الاتصالات. وإذا رفض العميل على الإطلاق أن يعترف بأهمية استخدام المادة، ولكنه يحتاج تحديداً للعلاج من المرشد الذي قرر أن لا يرى العميل قد يحتاج إلى أن يحيل العميل إلى مقدم رعاية صحة نفسية آخر (أي، ليس مهني علاج استخدام المواد بذاته) يكون معروفاً للمرشد (ولكن ليس بالضرورة للعميل) ليحضره على بعض الخبرة في علاج استخدام المواد. وقد يقبل العميل بشكل جيد مثل

يمكن إنجاز توثيق نموذج استخدام العميل للمواد إما كجزء من تقرير المعلومات (إذا كانت البيانات متاحة حينئذ)، كإضافة لتقرير معلومات (إذا ما بُزغَ حالاً بعد ذلك)، أو كجزء من ملحوظة تقدم. وبصرف النظر عن مكان وضع هذا التوثيق، فإنه يحتاج أن يكون كاملاً قاماً، ويعكس الإكلينيكي قد سأل كل المعلومات الضرورية لعمل تشخيص دقيق. ومن ثم، إذا سُجِلت في صورة ملحوظة تقدم، فإن هذه الملحوظة ستكون أطول من المعتاد.

وإذا أُحيل العميل إلى مقدم علاج استخدام المادة، فإن مساهمة لعملية الإحالة في ملاحظة التقدم يكون هاماً. وإذا ظُن أن العميل في حاجة إلى إحالة ولكنه رفضها، فإن هذه المعلومات تُوثق بحذر. ويلخص الإكلينيكي الأصل شفهيًا بالنسبة للعميل، وبعد ذلك يوثق في ملاحظة تقدم باسم البياني للعميل، كل القصور الخاص بالعلاج الذي سيقدم للعميل، ودراسة العميل لتضمن خبراء علاج استخدام المواد. ويحفظ هذا التوثيق الإكلينيكي آمناً من قضايا لاحقة قد تدعى تخطيطاً غير ملائم للعلاج.

وحينما يُبادر بالإحالات، على نحو عرضي، فإن المهني الذي يحال إليه العميل (دراسة الإحالة) يطلب معلومات فوق وخلف تلك المحتواة في ملخص عزلة معياري، والتقدير المأخوذ من قبل، أو ملاحظة التقدم. وفي مثل هذه الأمثلة، يعد الإكلينيكي المحيل (مصدر الإحالة) تقرير إحالة خ. وكما كانت هذه هي الحالة، يبقى أصل هذه الوثيقة في التخطيط الخاص بالعميل، وترسل الصورة إلى مقدم الرعاية الطالب وإذا استلمت أي سجلات درشة الإحالة، فإن هذه المستندات تصبح جزءاً دائماً من التخطيط الخاص بالعميل.

ومع ذلك، فلا يمكن أن تطلق هذه المستندات بواسطة الإكلينيكي المسلم. وبدلاً من ذلك، إذا احتاجها مقدم رعاية آخر، فيجب طلبها من الممارس الذي أعدها أصلاً.

ونستنتج مما سبق استمرار وجود الجدل بخصوص الهدف الأقصى للعلاج بالنسبة للعملاء الذين يستخدمون المواد. ويجب أن يلاحظ (Nugent, 1994) وناجيننت (1993) بأنه من غير الواضح ما إذا كان الاستخدام أو الاستخدام المضبوط يجب أن يكون الهدف، ومع ذلك، يعتقد آخرون أن عدم الاستخدام فقط يمكن أن يكون هدفاً علاجياً فقط (Meyer & Deitsch, 1996; APA, 1994). وهذا الجدل لا يحتمل أن ينتهي سريعاً، وحتى ذلك الوقت فإن كل إكلينيكي سيكون عليه أن يتخذ قراراً شخصياً يلائم تصوره عن استخدام المواد والقيم الأخلاقية.

وبصرف النظر عن الموضع الذي يقف عليه بالنسبة لقضية التوقف الدائم مقابل التوقف المنضبط عن المخدرات، فإن المرشدين والمعالجين يحتاجون أن يكونوا على علم بالنسبة لعمل تشخيصات دقيقة خاصة باستخدام المواد. والتقييم الكامل فقط يمكن أن يساعد الإكلينيكي على تقرير ما إذا كان لدى العميل مشكلة حقيقية مع استخدام المواد تحتاج إلى أن تعالج بواسطة مقدم رعاية متخصص. وبمجرد الوصول إلى الحكم بأن العميل لديه اضطراب استخدام مواد قابل للتشخيص، يبادر بعملية الإحالة. وبالوصول إلى ذلك الوقت يكون الإكلينيكي قد حصل على فكرة واضحة بالنسبة لمستوى العلاج الذي سيكون ضرورياً. وتُعمل حينئذ إحالة ملائمة لخدمات المرضى الداخليين أو الخارجيين التي يمكن أن تُقدم بطريقة تعاونية أو إستثنائية.

وبالرغم من أن هذه المجالات غالباً ما تُطبق على الاضطرابات المتعلقة بالمواد، فإن البحث لم يجدها فعالة بشكل مرتفع (Meyer et al., 1989). وقد يشير قصور العلاج الخاص بها إلى أن إساءة استخدام العقاقير أو الإدمان عليها يصبح في النهاية مشكلة عندة ومستقلة بحد ذاتها. وأن النموذج سىء التكيف Maladaptive pattern لابد أن يكون الدريعة الأولى للتغيير إذا كان للناس أن يصبحوا متحررين من العتق. وهكذا فإن علاجات الاستبصار تميل إلى أن تكون مساعدة أكبر حينما تُمزج بمعالجات أخرى في برنامج علاجي متعدد الأبعاد. وقد مُزجت بنجاح مع علاجات سلوكية وبيولوجية (Galanter, 1993) وتُقدم في الغالب الأعم في أشكال علاج جماعي.

٢- العلاجات السلوكية والسلوكية/ المعرفية

Behavior and Cognitive Behavioral Therapies

إن العلاج السلوكي المستخدم على نطاق واسع للاضطرابات المتعلقة بسوء استخدام المواد هو الإشرط المنفر Aversive conditioning، وهو مجال قائم على مبادئ الإشرط الكلاسيكي. وفي هذا المجال، يُقدّم للأفراد على نحو متكرر مشيرات غير سارة (على سبيل المثال، صدمة كهربائية) في نفس الوقت الذي يتناول فيه عقاراً. وبعد إقترانات أو إزدواجات متكررة، يُتوقع أن يبدأ الأفراد في التفاعل بشكل سلبي مع المادة نفسها عندما يسمونها. إشتياقهم لها.

وقد طُبّق الإشرط المنفر لإساءة استخدام الكحول والاعتماد على الكحول من تطبيقه لاضطرابات استخدام مادة أخرى. وفي الماضي كانت البر

للإشرط المنفر عنيفة وباعثة على الجدل. وفي أحد برامج العلاج كان الناس يُحقنون بالسوكسينيسكولين Succinycholine، وهو عقار شل في الواقع أجسادهم وهم يتذوقون مشروبات كحولية (Sanderson et al., 1963). وقد نما هؤلاء الناس كراهية للكحول، ولكن كثيراً من الإكلينيكيين إنزعجوا بالنسبة لأمن واحلاقيات البرنامج. علاوة على ذلك، بدأت الاعاصيه مفسيرة البقاء. كما أثار الإشرط المنفر الذي يقترن الصدمة الكهربائية مع الشرب أسئلة أخلاقية في حين يبرهن على فاعلية محدودة (Wilson, 1987).

واليوم، تميل تقنيات الإشرط المنفر إلى أن تكون أقل شدة نوعاً ما. ففي أحد المجالات يُقترن سلوك الشرب مع غشيان وقى، يستشيره الشراب (Elkins, 1991). ومنهجية مضمرة أخرى Covert sensitization، تتطلب أن يتخيل مدمنو الكحول اضطراباً إلى أقصى مدى، أو مناظراً منفرة أو مرعبة وهم يشربون. والإفتراض هو أن إقتران هذه المناظر المتخيلة مع السائل سوف يستثير إستجابات سلبية للسائل نفسه. وأحد أشكال القصور الرئيسية لمجالات الإشرط بالتنفير هو أنها يمكن أن تكون ناجحة فقط حينما يكون العملاء مدفوعين لإستمرار مع مثل هذا البرنامج رغم بغضها.

ويركز برنامج سلوكي آخر على تعليم بدائل alternatives لتعاطي العقاقير. وهذا المجال، قد كان يُطبق كذلك على إساءة استعمال الكحول والإعتماد عليه أكثر مما يُطبق على اضطرابات متعلقة بالمواد. وقد كان يتم تعليم ذوي مشكلة الشرب أن يستخدموا الاسترخاء، والتأمل، والتغذية الراجعة البيولوجية بدلاً من الكحول لخفض توتراتهم (Rohsenow et al., 1985). ويعطى البعض كذلك تدريباً على التوكيدية Assertiveness أو يتم تعليمهم مهارات اجتماعية لمساعدتهم على التعبير عن غضبهم

بشكل أكثر مباشرة ويقاومون ضغوطهم الاجتماعية على الشرب (Van Hasselt et al., 1993). وبالمثل، فإن برامج التعليم الخاصة بوقت الفراغ قد كانت تُنفذ لتعليم مسمى استخدام المواد «المرح الاجتماعي» Fun كبدل لإساءة استخدام العقار (Aguilar & Munson, 1992).

والمجال السلوكي الذي قد كان فعالاً في استيعاب الأشخاص الذين يسيئون استخدام الكوكايين (مجموعة صعبة العلاج على حدٍ معروف) هو التدريب الطارئ Contingency training، وفيه يتلقى العملاء حوافزاً قائمة على تقديم عينات من البول خالية من العقار، وفي إحدى الدراسات الحديثة الخاصة بالتدريب الطارئ، وجد أن ٥٨٪ من سيسيئ استخدام الكوكايين استخدموا الشهور الستة الكاملة للعلاج، مع ٦٠٪ حققوا ثمانية أسابيع على الأقل من توقف مستمر عن تعاطي المخدر. وجاء أن طول الوقت الذي يبقى فيه العملاء مع البرنامج وطول توقفهم عن تعاطي المخدر يكونا منبئين بتحرر مستقبلي من إساءة استخدام المادة، فإن السبب تكون سبباً في بعض التفاضل (Higgins et al., 1993).

وقد كان لمعظم العلاجات السلوكية الخاصة بسوء استخدام المواد والإعتماد عليها نجاح محدود للغاية. وفي الحقيقة، تنجح بصفة عامة على أفضل وجه في إمتزاجها بمجالات معرفية (Wan & Stone-Washton, 1990). وفي أحد المجالات السلوكية/المعرفية، التدريب السلوكي على ضبط الذات Behavioral Self-control training (BSCT) يقدم المعالجون في البداية بإرشاد العملاء لمراقبة سلوكهم الخاص بالشرب (Miller et al., 1992). وحينما يسجل العملاء الأوقات والأماكن والانفعالات الجسمية والظروف الأخرى التي تصاحب شربهم، يصبحون أكثر

للإشارات التي يربطونها بالشرب المتزايد. ويتم تعليم العملاء حينئذ وضع حدود ملائمة على شربهم، ليتبينوا متى تقترب الحدود لضبط معدلات شربهم (ربما بتحديد مشروباتهم أكثر من تجمّعها). ولتطبيق سلوكيات المواجهة البديلة، فإن مثل هذه التقنيات الخاصة بالاسترخاء في مواقف بدونها يستثار الشرب. فعلى نحو المثال، ٧٧٪ من العملاء الذين ركبوا هذا البرنامج قد تمريضهم باعتبار أنهم يظهرون بعض التحسن (Miller & Hester, 1980). ويبدو البرنامج أكثر نجاحاً وفاعلية في حالات يكون الأفراد فيها أصغر في السن وغير معتمدين على الكحول (Miller et al., 1992).

وفي مجال توافقي مماثل، التدريب على الوقاية من الانتكاسة Relapse-prevention training، يستخدم مدمر الكحول مرة ثانية مراقبة الذات Self-monitoring لتحديد المواقف والتغيرات الإنفعالية التي تضعهم في مخاطرة بسبب الإفراط في الشرب، وبعد ذلك يتعلموا إستراتيجيات المواجهة للإستخدام في مثل هذه المواقف (Kivlahan et al., 1990). ويتم تعليم العملاء - أيضاً - أن يخططوا مسبقاً في الوقت كم عدد المشروبات يكون ملائماً؟، وماذا سوف يستهلكون؟، وتحت أي ظروف؟، وهم يمارسون إستراتيجياتهم التكوينية في مواقف عالية المخاطرة حقيقية أو متخيلة. وهنا يقدم المعالج المبادئ الأساسية الخاصة بهذا المجال لعمل:

«نحن نعرف أنك تريد أن تتوقف تماماً عن كل المسكرات والمخدرات إلى الأبد، ولكن معرفتنا بالكحوليات بصفة عامة وبك بصفة خاصة توحى مع ذلك بأنه مهما حاولت، فمن المحتمل أن تشرب في بعض المناسبات أو في مناسبات بعد خروجك من المستشفى. وهذا لا يدعو إلى التشاؤم، ولكنه ببساطة أمر واقعي. ونحن لا نقترح بأن مهتمك يائسة وبعيدة التحقيق، ولكننا نريدك أن

تتوقع أحداثاً مستقبلية وتستنبط طرقاً للمواجهة. لقد أخبرناك من قبل أن بعض الشراب سوف يُعطى لك خلال إقامتك بالمستشفى وأن ذلك هو أن تتوقف بعد كمية معينة حينما تشعر بحب الاستمرار. وبهذه الطريقة نعتقد أنك سوف تحطم القهر لتستمر وسوف تنمى قوة الإرادة الخاصة بك. هذا لا بد أن يكون له تأثيران حينما تترك المستشفى.

أولاً: حينما تحاول أن تشرب، فإن خبرتك الخاصة بمقاومة الإغراء فى المستشفى سوف تعطيك تحكماً أكبر.

ثانياً: إذا شربت فإنك سوف تخبر أنه من السهل أن تقلع قبل أن تشرب داخل مرح خاص بشرب مفرط» (Hodgson & Rankin, 1982:213).

وكما يوحى هذا العرض، فإن التدريب الخاص بالوقاية من الانتكاسة مثل التدريب السلوكى على ضبط الذات BSCT، حيث يسعى إلى إعطاء العملاء ضبطاً على سلوكهم الخاص بالشرب. ويشير البحث إلى أن هذا المجال يخفض أحياناً تكرار التسمم فقط (Hollon & Beck, 1994). ومثل التدريب السلوكى على ضبط الذات، فإن التدريب على الوقاية من الانتكاسة مدو أكثر فاعلية بالنسبة لمسيئى استخدام الكحول منهم لأولئك المعتمدين بديلاً على الكحول (Meyer et al., 1989). وكذلك تم نجاحه فى علاج سوء استخدام الكوكايين (Carrol et al., 1991).

٣- العلاجات البيولوجية

Biological Treatments

تلعب التقنيات البيولوجية مجموعة متنوعة من الأدوار فى علاج الاضطرابات المتعلقة بالمواد. وقد توجه إلى مساعدة الناس على الانسحاب من المواد، والتوقف عنها، أو ببساطة المحافظة على استخدامهم الموجه بدون

مساعد لاحق. ويقترح البحث بأن المجالات البيولوجية نادراً ما تؤدي إلى تحسين طويل المدى ولكنها أحياناً يمكن أن تكون عنصراً مساعداً لبرامج أوسع من العلاج (Kleber et al., 1985).

إزالة التسمم Detoxification: إزالة التسمم هو سحب العقار بشكل تدريجى يُشرف عليه طبيباً (Wartenberg et al., 1990). ويتم كثير من برامج إزالة التسمم فى المستشفيات أو العيادات لأن مستعملى العقاقير غالباً ما يبدون أكثر دافعية للمثابرة خلال الانسحاب فى تلك المحيطات. وقد تقدم كذلك برامج إزالة التسمم علاجاً فردياً وجمعياً «خدمة متكاملة» للمرضى الداخليين. وهذا أصبح مألوفاً بشكل متزايد فى السنوات الحديثة.

واحدى إستراتيجيات إزالة التسمم المستخدمة غالباً مع الاعتماد على العقار المسكن- التنويمى Sedative- hyponotic drug، هو جعل العملاء ينسحبون تدريجياً من العقار، آخذين جرعات متناقصة دائماً حتى يكفوا عن العقار تماماً. وبالرغم من أن أعراض الانسحاب لازالت تحدث بهذا التكنيك، فمن المحتمل أن تكون أكثر اعتدالاً. وإستراتيجية أخرى لإزالة التسمم هى تعاطى عقاقير أخرى تخفف أعراض الانسحاب، وتستخدم أحياناً العقاقير المضادة للقلق، على سبيل المثال، لتخفيض ردود الأفعال الشديدة بالانسحاب من الكحول.

وقد أثبتت برامج إزالة التسمم أنها فعالة فى مساعدة الناس المدفوعين إلى الانسحاب من العقاقير. وبالنسبة للناس الذين يتقاعسون عن تتبع العلاج النفسى بعد الانسحاب، قىل معدلات الانتكاسة إلى أن تكون مرتفعة (Pickens & Fletcher, 1991).

العقاقير المقاومة Antagonist Drugs

لعقار، يكون التحدى التالى هو تجنب إساءة استخدام عقار أو الاعتماد عليه. ففي إحدى التقنيات البيولوجية، يُعطى الناس ذوى الاضطرابات المتعلقة بالمادة عقاقير مقاومة، وهى عقاقير تسد أو تغير تأثير العقار الإدمانى (مضاده لسوء الاستخدام). على سبيل المثال، غالباً ما تُعطى للناس الذين يحاولون أن يكفوا عن شرب الكحول (Ray & Ksir, 1993). وبذاته يُعتقد أن هذا العقار له تأثيرات سلبية قليلة نسبياً، ولكن الشخص الذى يشرب الكحول عند تعاطى هذا العقار المقاوم سوف يخبر غشياً شديداً، وقيئاً، وإحمراراً في الوجه، ومعدل أسرع لضربات القلب، والدوخة، ووخا إغماء. وعلى المستوى النظرى، فإن الأفراد الذين تعاطوا العقار المقاوم سوف يكفوا عن الكحول، ويعرفون رد الفعل المرعب الذى ينتظرهم إذا ما أخذوا حتى جرعة واحدة. وقد أثبت الدواء المقاوم أنه مساعد ولكنه، مرة أخرى مع الناس المدفوعين بشكل مرتفع فقط. وبعد كل شىء يمكن أن يتوقفاً عن تعاطى العقار المقاوم ويعودوا إلى إحتساء الكحول فى أى وقت (Meyer et al., 1989).

المقاومات المخدرة Narcotic antagonists: مثل النالكسون

Naloxone والسايكلازوسين Cyclazocine، والنالتريكسون Naltrexone، ومقاومات جزئية مثل بابرينورفين Buprenorphine تُستخدم أحياناً مع أفراد يكونوا معتمدين على مشتقات الأفيون. وترتبط هذه العقاقير بمواقع المستقبلات الأفيونية خلال المخ وتجعل من غير الممكن للمشتق الحوى أن يؤدي إلى تأثيره العادى. ومن الناحية النظرية، بدون الإندفاع أو استخدام المرتفع والمستمر للعقار يصبح لا جدوى منه. وبالرغم من أن المقار، جرعة

والشدة من مشتقات الأفيون، فإنها تعتبر فى العادة خطرة جداً بالنسبة لمعالج الاعتماد على الأفيونات. ويجب تطبيق المقاومات بحذر تام بسبب قدرتها على إلقاء الأشخاص المدمنين فى ردود فعل شديدة خاصة بالانسحاب (Goldstein, 1994).

ومن المدهش، أن بعض الدراسات الحديثة قد وجدت أن المقاوم المحذر (نالتريكسون) قد يخفض - أيضاً - إشتياق الفرد لإحتساء الكحول ويُنع الشعور بالانسجام الذى يخلقه الكحول. ووجدت إحدى الدراسات أن هذا العقار كسر دائرة الإشتياق التى تُحدد بشكل غطى فى حركة حينما ينتكس شخص كحولى تم شفاؤه ثم أخذ جرعة أو جرعتين. وقد خفضت الإنتكاسات الكاملة إلى ٢٣٪ فى مجموعة النالتريكسون مقارنة بـ ٥٤٪ فى مجموعة إزالة التسمم (Volpicelli et al., 1992). ووجدت دراسة مماثلة أن المرضى الذين يتلقون نالتريكسون وعلاجاً خاصاً بمهارات المواجهة حصلوا على ثلاثة أضعاف معدل التوقف الذى حصل عليه مرضى ضابطون. وأقل من نصف المرضى السابقين الذين أخذوا عينة من الكحول خبروا إنتكاسة كاملة، فى حين أن غالبية المرضى الضابطين إنتكسوا بعد أخذ عينة الكحول (O'Malley et al., 1992). وبالرغم من أن النالتريكسون لا يمكن أن يُسمى شفاء للكحولية، فإن هذه النتائج تعتبر واعدة حقاً. فقد إقترحت دراسات حديثة أجريت على الحيوانات أن مقاومات مخدرة لها أيضاً بعض القيمة العلاجية فى الاعتماد على الكوكايين (Goldstein, 1994).

وفى النهاية، قد إبتكرت أجسام مضادة حديثاً، وهى تحت الفحص كمقاوم ممكن للكوكايين. وتبحث هذه الأجسام المضادة عن جزئيات الكوكايين وتكسرها إلى منتجين ثانويين غير فعالين. وإذا كانت نتائج المستقبل فعالة فإن

الأجسام المضادة الجديدة قد تمثل المركب الأول لمساعدة السبيثى استخدام الكوكايين المدفوعين على البقاء خاليين من العقار فترة طويلة تكفى لكسر دائرة الإدمان (Landry et al., 1993).

العلاج من بقاء العقار Drug Maintenance Therapy: قد

يكون أسلوب الحياة المسمى بالعقار مسكنه الجبر من المرات المباشرة للعقار. ويأتى كثير من التلف الناتج من إدمان الكحول من سبيل المثال، من الجرعات المفرطة، والإبر غير المعقمة، والحياة المقترنة بالجنس. وهكذا كان الإكلينيكيون بداية متحمسين جداً حينما ابتكرت برامج الاحتفاظ بالميثادون فى الستينات لعلاج إدمان الهيروين (Dole & Nigamander, 1965, 1967). وفى هذه البرامج يُعطى العملاء المدمنين ميثادون أفيونى مركب كبديل للهيروين. وبالرغم من أن العملاء يصبحون بعد ذلك معتمدين على الميثادون، فإن إدمانهم يبقى تحت إشراف قانونى وطبى آمن. واعتقد مبتكرى البرامج أن الميثادون يكون مفضلاً عن الهيروين لأنه يمكن أن يؤخذ عن طريق الفم، وهكذا يستأصل مخاطر الإبر، ويحتاج إلى أن يؤخذ مرة واحدة فى اليوم.

وبدت برامج الميثادون الأولية فعالة جداً، وحقق بعضها معدلات نجاح مرتفعة تصل إلى (٨٠٪ - ١٠٠٪) (McDonothlin et al., 1978). كما قدمت هذه البرامج تأهيلاً مهنيًا واجتماعيًا وبذلك يمكن أن يعيش بعض مستخدمي الهيروين حياة طبيعية وبناءة نسبياً. ونتيجة لهذه النجاحات، أُسِّيت برامج عديدة للمحافظة على الميثادون فى جميع أنحاء الولايات المتحدة، وكندا، وإنجلترا (Payte, 1989).

وقد أصبحت تلك البرامج أقل إنتشاراً خلال الثمانينات ومن القرن العشرين إلى حد كبير بسبب إدمان الميثادون نفسه.

(Peachey & Franklin, 1985). وانتهى الأمر إلى أن يعتقد كثير من الإكلينيكيين أن إبدال إدمان بآخر لا يكون «حلاً» مقبولاً للاعتماد على العقار. وشكى كثير من الأشخاص المدمنين أن إدمان الميثادون يخلق مشكلة عقار إضافية تعقد ببساطة المشكلة الأصلية تاركة لهم مع وجود بعد عن التخلص من العقار. وفى الحقيقة يبدو أن الإنسحاب من الميثادون أصعب من الهيروين.

وقد أضافت النساء الحوامل المحافظات على الميثادون مشكلة تأثير العقار على أطفالهن. وقد كان الميثادون مرتبطاً بانسحاب شديد ومكثف للأعراض لدى المواليد الجدد وبأعراض عصبية محتملة. وقد يظهر الأطفال المعرضون للميثادون قلقاً وعدواناً أشد من الرفاق غير المعرضين، وقد يكونوا فى مخاطرة متزايدة من تطوير اضطرابات القصور فى الانتباه واضطرابات التعليم (Decubas & Field, 1993).

وبالرغم من هذه المشاكل، فإن الاهتمام بالعلاجات التى يشرف عليها طبيباً مثل الوقاية من الميثادون قد زادت فى السنوات الحديثة نتيجة لانتشار فيروس الإيدز HIV بين مسيحي استخدام العقاقير داخل الأوردة، وشركائهم الجنسيين وأطفالهم. وكان ٢٤٪ إلى ٣٠٪ من حالات الإيدز المقررة فى عام ١٩٩٢ مرتبطة بسوء استخدام العقاقير عن طريق الوريد. وسوء استخدام العقاقير من خلال الوريد يكون خطراً ليس فقط بسبب مخاطر مشاركة الإبرة غير المعقمة ولكن كذلك بسبب التأثيرات غير الكابحة للعقاقير والتى يمكن أن تؤدي إلى السلوك الجنسى المرتفع الخطورة (Millstein, 1992). وهكذا فإن بعض برامج بقاء الميثادون قد أدمجت تعليم الإيدز والعلاج النفسى التوكيدي المركز على الصحة فى خدماتها العلاجية (Batki, 1988).

بالنسبة للتكلفة والنجاح المحدود للتدخلات الكوكايينية، فإن كثيراً من
بدون مساعدة مهنية. وترجع حركة مساعدة الذات إلى عام ١٩٣٥، حينما تقابل
رجلان مدمنان للكحول من أوهايو Ohio لمناقشة إمكانيات العلاج البديل.
وأدت المناقشة الأولى إلى مناقشات أخرى وإلى التكوين النهائي لمجموعة
مساعدة الذات للأشخاص مدمنى الكحول. وناقش الأعضاء المشاكل المتعلقة
بالكحول والأفكار الحرفية والمساندة المقدمة. وأصبحت المجموعة معروفة باسم
الكحوليين المجهولين Alcoholics Anonymous (AA).

واليوم، تملك مؤسسة (AA) أكثر من ٢ مليون عضو في ٨٩٠٠٠ جماعة
عبر الولايات المتحدة و ١٠٠ دولة أخرى على نحو التقرير (AA World
Services, 1994). وتقدم علاجاً تدعيمياً مع ملامح معنوية وروحية في
مساعدة الناس على التغلب على إدمان الكحول. ويجد الأشخاص المختلفون
مساعدة من (AA) في نواح مختلفة. فبالنسبة للبعض يساعدون ويحددون
مجموعة الرفاق التي تساعدتهم على إكتساب تحكم فوز ترك الشراب
(Galanter et al., 1990)، وبالنسبة لآخرين هي البعد الزمني. وتأخذ
المقابلات مكاناً بانتظام، ويكون الأعضاء متاحين لمساعدة بعض الأعضاء
٢٤ ساعة يومياً. ويتأسس الخطوط الإرشادية للحياة، تساعد المؤسسة
الأعضاء على التوقف عن الإدمان «من يوم إلى آخر» وتحثهم القبول
«كحقيقة أو واقع» فكرة أنهم عاجزون بسبب إدمان الكحول وأن يجب أن
يتوقفوا عن الشرب تماماً وبصفة دائمة إذا كان لهم أن يحيا حياة سليمة وكرامة.

وتوجد مؤسسة متعلقة بمساعدة الذات، تقدم جماعات مساندة للناس
الذين يعيشون مع ويهتمون بأشخاص كحوليين. وفي هذه الجماعات يشارك
الناس خبراتهم المؤلة ويتعلمون مواجهة تأثير الأشخاص الكحوليين في حياتهم
وكيف يتوقفون عن تدعيم شربهم وسلوكهم المتعلق بالكحول.
وقد إبتكرت- أيضاً- برامج مساعدة الذات بالنسبة لاضطرابات
المواد، وبصفة خاصة الإعتماد على الهيروين والكوكايين. وينمو في شعبية
مدمنى المخدرات المجهولين ومدمنى الكوكايين المجهولين، القائمين
على نموذج مدمنى الكحول المجهولين. وقد إمتدت كثير من برامج مساعدة
الذات، مثل قرية داي توب Daytop ومنزل فونيكس Phoenix إلى «مراكز
علاج مقيم»، أو «مجتمعات علاجية»، حيث يعيش في الأولى مسيئون
إستخدام الهيروين والكوكايين ويعملون وينشئون اجتماعياً في بيئة خالية من
العقار بينما يطبقون علاجات فردية وجماعية وأسرية ويعملون على العودة إلى
الحياة المجتمعية.

وقد كان من الصعب تحديد النجاح الفعلي لمساعدة الذات وبرامج العلاج
المقيم (Ray & Ksir, 1993). ولا تحتفظ بعض البرامج بسجلات الأعضاء
الذين فشلوا في الإستفادة من المساعدة وتم توقفهم. علاوة على ذلك، يكون
كثير من مثل هذه البرامج غير موثوق فيها من الباحثين ويتعاملون معها
بشكل إنتقائي.

٥- إستخدام عقار متحكم فيه مقابل التوقف

Controlled Drug Use Vs. Abstinence

هل التوقف التام هو الشفاء الوحيد من سوء إستخدام العقاقير
والإعتماد عليها؟، أو هل يستطيع الناس ذوو اضطرابات إستخدام المواد أن

يتعلموا إبقاء استخدام المواد تحت تحكم أفضل؟. فلقد تمت مناقشة هذه القضية لسنوات، بصفة خاصة حينما يكون الذى نحن بصددده هو الكحول.

وكما رأينا من قبل، يعتقد كثير من المنظرين السلوكيين/المعرفيين أن الناس يمكن أن يستمروا فى الشرب باعتدال إذا تعلموا أن هناك حدود شرر أكثر ملائمة. ويجادل هؤلاء المناصرون للشرب المتحكم فيه أن الهدف من التوقف الصارم قد يشجع فى الحقيقة الناس على هجر شربهم الذات تماماً إذا كان لابد أن يحصلوا على شراب منفرد (Peele, 1989). ولكن تلك الذين يرون إدمان الكحول كمرض، يأخذون، على النقيض، موقف المدمنين الجاهولين (AA) الخاص «بمجرد أن تكون مدمن كحول، فستكون دائماً مدمناً للكحول»، ويعتقدون أن الانتكاسة لا يمكن تجنبها على نحو التقريب حيث يعتقد مدمنو الكحول أنهم يمكن أن يأخذوا بشكل آمن شراباً واحداً. إنهم يعتقدون أن هذا الاعتقاد المضلل سوف يفتح الباب إن أجلاً أو عاجلاً مرة أخرى ويؤدي مرة أخرى إلى شراب لا يمكن التحكم فيه.

والمشاعر الخاصة بهذه القضية قوية جداً لدرجة أن الناس من ناحية قد تحدوا فى بعض الأوقات الدوافع وسلامة تلك الدوافع من ناحية أخرى. ومع ذلك، يشير البحث إلى أن كلاً من الشرب المنضبط والتوقف عن الشرب قد يكونا هدفين علاجيين قابلين للتطبيق، اعتماداً على شخصية الفرد وعلى طبيعة مشكلة الشرب الخاص. وتقتصر الدراسات أن التوقف يكرر عدداً أكثر ملائمة للناس المعتمدين جسماً على الكحول، فى حين أن الشرب المنضبط يمكن أن يكون مساعداً للشاربين الأصغر المسيئين الاستخدام. والذين قد يحتاجون ببساطة إلى أن يتم تعليمهم صورة غير مسيئة استخدام الكحول (Marlat, 1985). كما تقتصر دراسات أخرى أن التوقف ين أكثر

ملائمة للناس الذين يعتقدون أنهم كحوليون وأن التوقف هو الإستجابة الوحيدة لهم (Rosenberg, 1993). وهؤلاء الناس أكثر احتمالاً لأن ينتكسوا بعد الحصول على مجرد شراب واحد. وقد تنطبق نتائج تلك الدراسات على اضطرابات أخرى خاصة بالعقاقير.

ومن المهم أن نبقى فى الذهن، بصفة عامة، أن كلاً من توقف وإنضباط الشرب يكونا صعبين إلى أقصى حد بالنسبة لمدمنى الكحول. وبالرغم من أن العلاج قد يساعد المفرطين فى الشرب للتحسن لفترة معينة، فإن الدراسات التتبعية تشير إلى معدلات إنتكاسة عالية. فوجدت دراسة تتبعت ١١٠ فرداً أن بعد ثلاثين عاماً من العلاج أصبح ٢٠٪ شاربين على نحو معتدل، وأصبح ٣٤٪ متوقفين عن الشرب، واستمر الباقون يعرضون مشاكل شراب دالة (Vailant, 1983). ونتائج أخرى تكون أكثر كآبة، مما يوحي أن معدلات الشفاء تكون أحياناً منخفضة مثل (٥٪ - ١٠٪) (Peele, 1989).

والأكثر كآبة هى نتائج دراسة خاصة برجال عولجوا من إدمان الهيروين. وبعد ٢٥ سنة من العلاج بحكم محكمة، كان ٧٥٪ من الأشخاص إما موتى أو فى السجن أو لازالوا يسيئون استخدام الهيروين، فى حين أن ٢٥٪ كانوا خاليين من العقار (Hser et al., 1993). ومثل هذه الإحصائيات تصلح كمذكر مزعج بأن سوء استخدام المواد والاعتماد عليها يستمر ليكون أشد مشاكل مجتمعنا الدائمة والمعجزة. وقد أدت - أيضاً - إلى أن بعض الإكلينيكين يركزون أكثر على قضايا اجتماعية ثقافية وآخرون يركزون أكثر على برامج الوقاية.

٦- برامج علاج اجتماعية ثقافية

Sociocultural Treatment Programs

يعيش كثير من مسيئي استخدام المواد في بيئة شديدة العنف (NIDA, 1990). واليوم يحاول عدد متنامي من برامج العلاج أن يكون حساساً للضغوط الخاصة بالثقافة الاجتماعية والمشاركين الفريدة التي يواجهها مسيئو استخدام العقاقير الذين يكونوا فقراء، بلا مأوى، أو أعضاء في جماعات أقلية عرقية (Wallace, 1993). والحساسية لتحديات الحياة الفريدة لكل مريض يمكن أن تكون أفضل دفاع ضد الضغوط البيئية والاجتماعية التي يمكن أن تؤدي إلى الانتكاسة.

وبالمثل، فإن المعالجين قد أصبحوا أكثر وعياً لدرجة أن قضايا النوع الدالة غالباً ما ترتبط باضطرابات متعلقة بالمادة (Lisansky, Gomberg, 1993). ولأن النساء والرجال لديهم ردود أفعال بدنية ونفسية للعقاقير، على سبيل المثال، غالباً ما تتطلب النساء طرق علاج تختلف عن تلك المصممة للرجال (Hamilton, 1991). وبالإضافة إلى ذلك، فإن علاج النساء المسينات لاستعمال المواد قد يتعدى بقضايا عديدة خاصة بالنوع، تشمل تأنيب الإساءة الجنسية، وضغوط تربية الأطفال، والخوف من المقاضاة الجنائية بالنسبة لسوء استخدام العقاقير أثناء الحمل (Roper, 1992). وقد خبرت (75٪) من النساء المصابات باضطرابات متعلقة بالمادة إساءة جنسية قبل عام 1980 طبقاً لبعض الفحوص، وأكثر من ثلث النساء اللاتي يستن استعمال العقاقير في إحدى الدراسات قررن متوسط عشرة اغتصابات ببلوغ عام 1980 (Arbiter, 1991). وهكذا، فإن نساء كثيرات مسينات لاستعمال المواد هن أكثر ارتياحاً بالبحث عن مساعدة في عيادات تراعى النوع أو برامج

داخلية ذات توجه أنشئ تركيز على التقوية والتعليم وتسمح للأطفال بأن يعيشوا مع أمهاتهم الساعيات إلى الشفاء (Hall, 1992).

٧- الوقاية

Pervention

في السنوات الحديثة، إنتشرت مجهودات الوقاية من العقاقير إلى ما بعد البيئة المدرسية كما تبين الإكلينيكيين أن الأطفال يقضون جزءاً من وقتهم فقط في المدرسة. وأن الأطفال الذين في مخاطرة عظمى بالنسبة للاضطرابات المتعلقة بالعقار قد يكونوا متغيبين من المدرسة على نحو مزمن أو قد تركوا المدرسة تماماً. كما قد أصبحت برامج الوقاية أكثر تحديداً في المجتمعات الريفية. ويحاول الباحثون الإكلينيكيون أن يحددوا ليس فقط كيف يمكن الوقاية من الاضطرابات المتعلقة بالمواد بصفة عامة ولكن كيف يمكن الوقاية منها في جماعات نوعية. ماهي الوقاية؟ ولأي مجتمع تكون أعظم فاعلية للوقاية من سوء الاستعمال لأي من المواد؟ (NIDA, 1991).

وتختلف برامج الوقاية في تقنياتها وأهدافها. وتؤيد بعض البرامج التوقف التام عن تعاطي العقاقير، في حين أن آخرين يؤيدون استعمالاً «مسئولاً» Responsible. ويسعى البعض لمقاطعة أو الوقاية من استخدام «عقار المدخل» Gateway drug، والآخرين الذين يتبينوا أن الشروع المبكر في استخدام العقار يرتبط بشدة بسوء الاستخدام اللاحق والسعي لتأجيل عمر تجريب المخدرات. وبالمثل، قد تختلف البرامج فيما إذا كانت تحاول تقديم تعليم عن المخدرات، وتعليم بدائل بناءة لاستخدام العقار، وتعديل العلاقات مع الرفاق أو مزج بعض هذه التقنيات.

وقد تركز برامج الوقاية على الفرد (على سبيل المثال، عن طريق تقديم تعليم من خلال تأثيرات العقار غير السارة)، وعلى الأسرة (من خلال تعليم مهارات والدية وتحسين الأداء الأسري)، وعلى جماعة الرفاق (من خلال تغيير معايير الرفاق أو تعليم المقاومة لضغط الرفاق)، وعلى المدرسة (من خلال تدعيم سياسات العقار)، أو على المجتمع بصفه عامه (من خلال إعلانات عن الخدمات مثل حملة «القاضي يقول لا»). وتتميز برامج الوقاية الأكثر فاعلية مثل هذه المجالات العديدة الخاصة بالتركيز على خلق برنامج شامل وتعاوني يقدم رسالة متسقة خاصة بسوء استخدام العقار في كل مجالات حياة الأطفال (NIDA, 1991).

وقد ابتكرت بعض برامج الوقاية حتى لأطفال ما قبل المدرسة. ويعلم برنامج دراسات الكحول الابتدائي والتعليم الأساسي للإدمان (BABES) أطفال ما قبل المدرسة مهارات إتخاذ القرار، ومهارات المواجهة والتقنيات الخاصة بمقاومة ضغط الرفاق والتعامل مع المشاعر. كما يقدم معلومات عن الكحول والعقاقير الأخرى، ويجعل الأطفال على ألفة بمصادر المساعدة. ويستخدم برنامج دراسات الكحول الابتدائي والتعليم الأساسي للإدمان دُمى إرشادية مثل البراعم والبقر، التي يكون والديها معتمدين على المدان، كما يستخدم الطائر المبكر الذي يعطى إشارات تحذيرية عن السلوكيات المدمرة للذات وعن التأثيرات الخاصة بالإعتقادات غير الصحيحة عن العقاقير وشفاء ريجي Reggie، كلب مدمن للكحول يتمثل للشفاء ويروي مانه وشفائه، والأرنب رهوندا Rhonda، وطفل مسمى لاستخدام العقاقير جيش مع والدين مدمنين في منزل ويظهر سلوكيات مواجهة (Abbott, 1987).

وقد يادر برنامج «النجم الرئيسي» Head Start بمنهج وقاية قبل المدرسة. ويهدف إلى المجتمعات المصابة بالفقر والمتحقة بالنجم الرئيسي والديه. ويعلم البرنامج عن تأثيرات العقار، وعوامل المخاطرة، وقضايا الصحة، وضغط الرفاق، والمهارات الوالدية، وإبتكار واستعمال شبكات مساندة (Oyemade, 1989).

الاستنتاج:

تناول هذا الفصل علاج الإعتقاد على العقاقير. وقد بدأنا أولاً بمناقشة الإحالة وتخطيط العلاج موضحين معايير الإحالة وعملية الإحالة والتوثيق وحفظ السجلات، وفي الشق الثاني من هذا الفصل طرق العلاج النفسي، متمثلة في العلاجات بالاستبصار، والعلاجات السلوكية والسلوكية/المعرفية، والعلاجات البيولوجية، وبرامج مساعدة الذات، واستخدام عقار متحكم فيه مقابل التوقف، وبرامج العلاج الاجتماعية الثقافية، والوقاية من سوء استخدام العقاقير والكحول. وقد تم إبراز مميزات وعيوب كل من هذه الطرق العلاجية أثناء مناقشتها.

- 7- Batki, S. (1988). Treatment of intravenous drug users with AIDS: The role of methadon maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs*, 20, 213-216.
- 8- Carroll, K., Rounsaville, B., & Gawin, F. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 229- 247.
- 9- DeCubas, M., & Field, T. (1993). Children of methadone-dependent women: Developmental outcomes. *Amer. J. Orthopsychiat*, 63 (2), 266-269.
- 10- Dole, V., & Nyswander, M. (1965). A medical treatment for heroin addiction. *JAMA*, 193, 646-650.
- 11- Dole, V., & Nyswander, M. (1967). Heroin addiction, a metabolic disease. *Arch. Inter. Med.*, 120, 19-24.
- 12- Elkins, R. (1991). An appraisal of chemical aversion (emetic therapy) approaches to alcoholism treatment. *Behav. Res. Ther.*, 29, 387-414.

- 1- A.A. World Services. Inc. (1994). Personal communication. Statistic branch. New York, NY.
- 2- A.A. World Services. Inc. (1994). Helping children. Myth Mary & Early Bird teach prevention. *Alcoholism and Addiction*, 8(2), 17.
- 3- Aguilar, T., & Munson, W. (1992). Leisure education and counseling as intervention components in drug and alcohol treatment for adolescents. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 37 (3), 23-34.
- 4- American Psychiatric Assoc. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- 5- American Society of Addiction Medicine. (1996) Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders (2nd ed.). Chevy Chase, MD: Author.
- 6- Ser, N. (1991). Residential programs for women. In National Conference on Drug Abuse Research and Practice Conference Highlights. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- 19- Higgins, S., Budney, A., Bickel, W., Hughes, J., Foerg, P., & Badger, G. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavior approach. *Amer. J. Psychiat.* 150 (5), 763-772.
- 20- Higgins, S., Budney, A., Bickel, W. (1982). Cue exposure and relapse prevention. In W. Hay & P. Nathan (Eds.), *Clinical case studies in the behavioral treatment of alcoholism*. New York: Plenum.
- 21- Hollon, S., & Beck, A. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- 22- Hood, A., & Johnson, R. (1997). *Assessment in counseling: A guide to the use of psychological assessment procedures*. Alexandria, Va: American Counseling Association.
- 23- Hser, Y., Anglin, D., & Powers, K. (1993). A 24 year follow-up of California narcotics addicts. *Arch. Gen. Psychiat.*, 50, 577-584.
- 24- Jungman, J. (1985). De l'agir du toxicoman a l'agir du therapeute [from the drug addict's acting out to
- 13- Galanter, M. (1993). Network therapy for addiction: A model for office practice. *Amer. J. Psychiat.*, 150 (1), 28- 35.
- 14- Galanter, M., Falloon, D., Gallegos, K., & Rahavogian, E. (1990). Combined Alcoholics Anonymous and professional care for addicted physicians. *Amer. J. Psychiat.*, 147(1), 64-68.
- 15- Goldstein, A. (1994). *Addiction: From biology to drug policy*. New York: W.H. Freeman.
- 16- Goldstein, H., Kaczmarek, L., Pennington, R., & Shafer, K. (1992). Peer-mediated intervention: Attending to, commenting on, and acknowledging the behavior of preschoolers with autism. *J. Appl. Behav. Anal.* 25(2), 289-305.
- 17- Hall, G. (1992). Cited in A round-up of rapists. *Psychology Today*, 25 (6), 12-13.
- 18- Hamilton, N. (1991). Intake and diagnosis of drug-dependent women. In *National Conference on Drug Abuse Research and Practice Conference Highlights*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- 32- Meyer, R., & Deitsch, S. (1996). *The clinical's handbook: Integrated diagnostics, assessment, and Intervention in adult and adolescent psychopathology*. Boston: Allyn & Bacon.
- 33- Meyer, R., Muntz, K., Thomas, F. (1989). *Prevention and treatment of alcohol problems: Research opportunities*. Washington, DC: National Academy.
- 34- Miller, W., & Brown, S. (1997). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. *American Psychologist*, 52, 1269-1279.
- 35- Miller, W., & Hester, R. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches, In W. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity*. Elmsford, NY: Pergamon.
- 36- Miller, W., Leckman, A., Delaney, H., & Tinchom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 108-115.
- 37- Millstein, R. (1992). The national impact of alcohol and drug problems and HIV infection and AIDS [the therapist's action]. *Information Psychiatrique*, 61(3), 383-388.
- 25- Kivlahan, D., Marlott, G., Fromme, K., Coppel, D., & Williams, E. (1990). Secondary prevention with college drinkers: Evaluation of an alcohol skills training program. *J. Cons. Clin. Psychol.* 58, 805-810.
- 26- Kleber, H., & Gawin, F. (1987). "Cocaine withdrawal": In reply. *Arch. Gen. Psychiat.*, 44(3), 298.
- 27- Kleber, H. et al. (1985). Clonidine in outpatient detoxification from methadone maintenance. *Arch. Gen. Psychiat.* 42(4), 291-300.
- 28- Lantieri, D., Zhao, K., Yang, G. Glikman, M., & Georgiadis, T. (1993). Antibody-catalyzed degradation of cocaine. *Science*, 259, 1899-1901.
- 29- Laska-Gomberg, E. (1993). Women and alcohol: Use and abuse. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 181(4), 211-216.
- 30- Marlott, G. (1985). Controlled drinking: The controversy rages on. *Amer. Psychol.* 40 (3), 374-375.
- 31- Gellert, W., Anglin, M., & Wilson, B. (1978). Narcotic addiction and crime. *Criminology: An Interdisciplinary J.*, 16(3), 293-315.

Forum on AIDS and Chemical Dependency of the American Society of Addiction Medicine. J. Psychoact. Drugs, 21(4), 431-434.

- 44- Peachy, J., & Franklin, T. (1985). Methadone treatment of drug dependence in Canada. Brit. J. Addic., 80, (3), 291- 290.
- 45- Peele, S. (1989).Diseasing of America: Addiction treatment out of control. Lexington, MA: Lexington Book ID. C. Heath & Company.
- 46- Perkinson, R. (1997). Clinical dependency counseling: A practical guide. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 47- Pickens, R., & Fletcher, B. (1991). Overview of treatment issues. In R. Pickens, C. Leukefeld, & C.Schuster (Eds.) Improving Drug Abuse Treatment. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- 48- Prochaska, J., Diclemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change. American Psychologist, 47(9), 1102-1114.
- 49- Ray, O., & Ksir, C. (1993). Drugs, society & human behavior. St. Louis: Mosby.

among the poor and underserved. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 3 (19), 21-29.

- 38- Namikawa, Y., Brems, C., & Clarson, S. (1997). Dena A Cov... A model program for the treatment of pregnant substance-abusing women. Journal of Substance Abuse Treatment, 14, 1-11.
- 39- National Insitute on Drug Abuse. (1990). Substance abuse among blacks in the U.S. Rockville, MD: Author.
- 40- National Insitute on Drug Abuse. (1991). Annual Medical Examiner Data, 1991. Rockville, MD: Author.
- 41- O'Malley, S., Jaffe, A., Chang, G., Schottenfeld, R., Meyer, R., & Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skill therapy for alcohol dependence. Arch. Gen. Psychiat, 49, 881-888.
- 42- O'Connell, U. (1989). Parents and children getting a head start against drugs. Fact Sheet 1989. Alexandria,VA: National Head Start Association.
- 43- O'Connell, T. (1989). Combined treatment modalities: The need for innovative approaches. Third National

- 56- Wartenberg, A., Nirenberg, T., Liepman, M., Silvia, L. (1990). Detoxification of alcoholics: Improving care by symptom-triggered sedation. *Alcoholism: Clin. Exp. Res.*, 14(1), 71-75.
- 57- Washton A & Stone-Washton N (1990) Abstinence and relapse in outpatient cocaine addicts. *J. Psychoact. Drugs*, 22(2), 135-147.
- 58- Wilson, R., Como, P., Garron, D. (1987). Memory failure in Huntington's disease. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 9, 147-154.
- 59- Woody, G., Luborsky, L., McLellan, A., & O'Brien, C. (1988). Psychotherapy for substance abuse. 50th Annual Scientific Meeting of the Committee on Problems of Drug Dependence. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, 90, 162-167.
- 50- Rohsenow, D., Smith, R., & Johnson, S. (1985). Stress management training as a pervention program for heavy social drinkers: Cognition, affect, drinking, and individual differences. *Addic. Behav.*, 10(1), 43-54.
- 51- Ro... M. (1992). Reaching the babies through the mothers: the effects of prosecution on pregnant substance abusers. *Law & Psychology Review*, 16, 171- 188.
- 52- Ro...berg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychol. Bull.*, 113(1), 129-139.
- 53- Va...nt, G. (1983). Natural history of male alcoholism: V. Is alcoholism the cart or the horse to sociopathy? *Brit. J. Addic.*, 78(3), 317-326.
- 54- Van Hasselt, V., Null, J., Kempton, T., & Buckstein, O. (1993). Social skills and depression in adolescent substance abusers. *Addictive Behaviors*, 18, 9-18.
- 55- Polpicelli, J., Alterman, A., Hayashida, M., & O'Brien, C. (1992). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch. Gen. Psyciat.*, 49, 876-880.

علاج الاضطرابات الوجدانية

فى هذا الفصل سوف نلقى الضوء على علاج الاكتئاب أحادى القطبية والاكتئاب ثنائى القطبية (موسى ، سحاب).

أولاً: علاجات الاكتئاب أحادى القطبية

يستخدم المعالجون النفسيون العديد من طرق العلاج النفسى لعلاج الاكتئاب أحادى القطبية. وتتراوح تلك الطرق من علاجات شمولية إلى علاجات قائمة على المشكلة. وتختلف تلك الطرق تماماً بشكل غطى عن الطرق الشخصية التى يستخدمها الناس للخروج من مزاج سيئ .

١ - العلاج السيكدودينامى

Psychodynamic Therapy

بالإعتقاد بأن الاكتئاب أحادى القطبية ينتج من خرق لاشعورى بسبب افتقادات مكونة من اعتماد متزايد على الناس الآخرين، يحاول المعالجون السيكدوديناميون أن يساعدوا العملاء على إحضار تلك العمليات إلى الشعور، وبذلك يفهموا مصدر ألمهم ويتعلموا أن يتركوها وراءهم. وباعتبارهم ممارسين لعلاج شمولى، يستخدم أولئك المعالجين نفس الإجراءات السيكدودينامية مع العملاء المكتئبين التى يستخدمونها مع الآخرين: إنهم يشجعون العملاء أن يتداعوا بحرية خلال العلاج؛ ويقترحوا تفسيرات لتداعيات، وأحلام، ومبررات مقاومة وطرح العميل، ويساعدوا العملاء على إعادة خبرة وتقويم أحداثهم ومشاعرهم الماضية. وساعد التداعى الحر للفقد أنه، طبقاً لهذا المعالج، قد حدد المرحلة الخاصة باكتسابه: بين ذكرياته الأسبق، من الممكن الأسبق من كل شىء،

تذكره وهو يقود عربة رضيعه تحت مبنى القطار المرتفع وتذكره هناك وحده، وتواترت ذكرى أخرى بوضوح خلال التحليل كانت عملية فى حدود الخامسة من العمر. كان قد حذر وتركته أمه مع الطبيب. وتذكر كيف قاوه الصرخ، غاضباً منها بسبب تركه (Larand, 1968: 325- 326).

وفى الحالة التالية، فسر المعالج حلم العميل المكتشف فى ذلك الوقت، مشكلته الخاصة بسويه العصب له اعتماداً على المبحر واعتقاده الخفيفية والسرور.

قرر المريض حتماً كان فيه عند موقع مقبرة والده، كان قد ولد والده الميت راقداً. فى الحلم كان المريض يبكى وكان الآخرون يحاولون أن يمسحوا من روعه وكان لديه الشعور بأن كل شخص قريب منه كان مريضاً. واستشهد من الحلم وهو يبكى. فى هذه التداخيات تذكر هذا المريض الموت الراقى لوالده، مقررًا ذلك عند حدوثه، «شعرت كما لو أن غرضى من الحياة قد انطفأ». وقد كان المريض يملك علاقة تكافلية مع والده، الذى فضله عن الأطفال الآخرين. وتبع تعليمات والده فى الخطاب، وفى الرد عليه امتدحه والده بإفراط وأعضاء مبالغاً كبيرة من المال. ولم يجرؤ إطلاقاً أن يعارض والده منذ أن وقعت خيبة شاهدة ما حدث لأخوته حينما اختلفوا حتى على نحو خفيف مع الوالد. رأى هذا المريض فى منطقة ريفية حيث كان الوالد ثرياً ورجل أعمال ذا نفوذ. تحكم فى مقاطعة صغيرة. وبالرغم من أنه اتبع بخضوع تعليمات والده، فإن المريض لم يكن مسئولاً فى شئون الخاصة، وفقد مبالغاً متوسطة من المال بسبب سذاجته. ووقع له الحلم بعد فقد مبلغ كبير من المال فى لعب القمار. وربما من الحلم وعياً بأنه كان الآن مسئولاً عن نفسه: ومع ذلك، بقيت داخله رغبة فى التمسك بالمال لأن تتم رعاية من جديد بواسطة فرد قوى آخر. وأظهر له الحلم نحو إلى الآخرين لجعل الأشياء صائبة كما فعل والده فى الماضى حينما كان فى كلة (Arieti & Bemporad, 1978: 300).

وفى وقت ما وافق المعالجون السيكونديناميون إجراءاتهم العادية لتناول مشاكل خاصة بحير العملاء المكتشبتون، وإذا ما كان عميل مغتم جداً ليرتبط مبكراً بحرية فى العلاج، فإن المعالج قد يكون عليه أن يتخذ دوراً أكثر نشاطاً عن العادى فى المناقشات المبكرة للعلاج (Bemporad, 1982; Spiegel, 1965; Kolb, 1956).

والمعالج، عن طريق ... تقديم محاور يظن أن المريض يمكن أن يناقشها، قد يساعده فى الغالب على التحدث عن مدى أوسع من الموضوعات. وكذلك، بسؤال أسئلة معينة قد تساعد المريض على التغلب على عجزه عن التحدث عن موضوعات خاصة... وإذا كان المعالج سلبياً جداً، فإن صمت المريض قد يزيد... وبعد كل مقابلة قد يخبر المريض إحساساً بالفشل مع إكتئاب متزايد (Levin, 1968: 355).

وبنفس الأسلوب، يجب أن يتعامل المعالج السيكوندينامى على نحو حذر بصفة خاصة بسلوك الطرح الخاص بالعملاء المكتشبتين (APA, 1993). وبسبب اعتمادهم الأقصى على الناس المهمين فى حياتهم، فإن العملاء المكتشبتين قد يلتصقون بالمعالج أكثر حتى مما يفعل العملاء الآخرون، مستغِيثين من أجل الإرشاد والراحة، ومتوقعين من المعالج أن يرعاهم (Bemporad, 1992; Kolb, 1956). وفى وصف جلسات علاجها مع عميل مكتئب، كتبت إحدى المعالجات.

وهناك تلت فترة نمطية طويلة عاش المريض خلالها فقط فى حالة المحلل وانسحب من علاقات شخصية أخرى إلى حد خطير . ويعتقد بعض المنظرين والسيكونديناميين بأن المعالج يجب أن يجعل العميل المكتئب واعياً بتلك المشاعر الطرحية القصوى فى بداية العلاج ويساعد

العمل على قبول حدود المعالج (Bemparad, 1992, 1982; Arieti & Bemporad, 1978; Jacobson, 1975). ويعتقد آخرون أن مناقشة الطرح بهذا النوع يجب أن يؤجل حتى «مرحلة لاحقة من التحليل، عندما يستطيع المريض تحمل الإحباط على نحو أفضل، ويستطيع القيام بطلب يدن الشعور

ويتوقع المعالجون السيكونديناميون أنه في خلال العلاج سوف يصبح العملاء المكتثبون في النهاية، أقل اعتماداً على الآخرين. ويواجهون الإفتقادات بفاعلية أكثر، ويعملون تغيرات مطابقة في حياتهم اليومية. وهذا النوع من التقدم يُرى في حالة منفذ أعمال مكتب متقدم العمر.

لقد أدى على نحو جيد في سياق علاقة ذات وضع مفضل مع رئيسه. ومع ذلك، حُول إلى قسم آخر حيث كان له رئيس جديد متباعد وأعطى زملاء تغذية قليلة. وببساطة توقع هذا الرئيس الجديد أن يؤدي كل شخص أعماله ولم يكن مهتماً بالمجاملات الشخصية، ووجد المريض نفسه قد أصبح مكتئباً أكثر وأكثر حينما فشل في استخراج إعادة التوكيد الذي يحتاج إليه من رئيسه الجديد. وتردد بين عدم رؤيته لمعنى في عمله والغضب بسبب الأخطاء النافهة على نحو معتاد في شركة، التي ضخمها الآن. وفي العلاج كان قادراً على ربط مصيبتة الحالية بخبرة طفولته الخاصة بتكريس نفسه لإرضاء والده نادراً ما أعطى الأخير مدحاً وكان ناقداً على نحو فظ لكل الأطفال، ولكن بعض تذكر شعوره بالنشاط والأهمية حينما اعترف الوالد ببعض الإنجاز.

وكان والد المريض حياً وفي قمرى بالمنزل، حيث زاره المريض باستمرار، وفي إحدى المناسبات، ذهب «ليري» لوالده مملوءاً بتوقعات مرتفعة، واستنتج صفقة عمل ناجحة، وعندما بدأ يصف إنجازاته لوالده، تجاهل الأخير كلية

ملاحظات ابنه ووبخه بشدة لإرتداء قميص قرفلى اللون، الذي اعتبره قبيحاً. مثل هذه الإستجابة من الأب لم تكن غير عادية، ولكن في هذا الوقت، كنتيجة للعمل الذي انجز في العلاج، استطاع المريض أن يحلل على نحو موضوعي إحساسه المبذئ بالخيبة والشعور العميق بالفشل لعدم إسرار الرجل الأكبر. وبالرسم من قبل المريض، إلى حالة عادية من الإكتئاب، فإنها كشفت كذلك للمريض أسلوب حياته المعتمد - استخدامه الآخرين لإمداده بشعور بالقيمة. وأضافت هذه الخبرة بعداً من حقيقة مباشرة للإستبصارات التي تحققت في العلاج وأعطت المريض الدافعية للتغيير جذرياً لنظام طفولته الخاص بإدراك نفسه في علاقته بأشكال طريحة والدية.

وتوضح هذه الصورة الإكلينيكية أحد الأهداف الرئيسية للعمل خلال العملية: ويجب أن يدرك الشخص المواقف العادية بطريقة جديدة ويستخدم بعد ذلك مثل هذه الإستبصارات من أجل غرض التغيير (Bemporad, 1982:291). وبالرغم من التقارير الناجحة مثل هذا التقرير، فقد وجد الباحثون أن العلاجات السيكوندينامية تكون نافعة عرضياً فقط في حالات الإكتئاب أحادي القطبية (Shapira et al., 1994; APA, 1993; Prochaska, 1984; Berk & Efran, 1983).

وقد روى ملامحين من هذا المجال لشرح فاعليته المحدودة، أولاً، كما لاحظنا من قبل، قد يكون العملاء المكتثبون سلبين جداً ويشعرون بتعب شديد عند المشاركة تماماً في مناقشات العلاج وممارسة الإستبصار الخادع الذي يتطلبه العلاج السيكوندينامي. قد يصبح العملاء مخبطين وينهون العلاج مبكراً حينما لا يكون هذا المجال الطويل المدى غير قادر على تقديم الراحة السريعة التي

يبحثون عنها بيأس، وقد بينت المجالات السيكدونامية وعدداً أكبر نوعاً ما، بالرغم من أن البحث قد كان محدوداً والنتائج متواضعة (APA 1993; Suartberg & Stiles, 1991). وبالرغم من أن نتائج الباحثين بأن العلاجات السيكدونامية ذات مساعدة محدودة في علاج الاكتئاب، فإن هذه العلاجات تستمر في الإستخدام على نطاق واسع لمقاومته.

ويعتقد كثير من المعالجين أن هذه العلاجات، قد تكون نافعة، على الأقل، في حالات الاكتئاب التي تتضمن بوضوح تاريخ الفقد أو الصدمة في الطفولة، وإحساس مزمن بالفراغ، أو توقعات الذات الصارمة (APA, 1993).

٣ - العلاج السلوكي

Behavioral Therapy

إبتكر «بيتر ليوينسهن» علاجاً سلوكياً مؤثراً لنماذج الاكتئاب أحادي القطبية التي تطابق رأيه بأن مثل هذه النماذج تتعلق بنقص في عدد التدعيمات الإيجابية في حياة الشخص (Lewinsohn et al., 1990; 1982; Teri & Lewinsohn, 1986)، والمعالجون الذين اتخذوا هذا المجال يعيدوا تقديم العملاء إلى أحداث ونشاطات وجدها العملاء ذات مرة سارة، ويدعم المعالجون كذلك على نحو منهجي السلوك غير الاكتئابي ويساعدوا العملاء على تحسين مهاراتهم البينشخصية.

إعادة تقديم أحداث سارة؛ يحدد المعالج بداية النشاطات التي يعاد تدعيمها لجعل العميل يراقب نشاطاته اليومية ويستوفي قائمة أحداث سارة وقائمة نشاطات. وإذا ما أعطيت هذه المعلومات، فإن المعالج ينتقى حيناً

عشرة نشاطات على نحو التقريب التي يعتبرها العميل سارة، مثل الخروج للتسوق أو أخذ صور فوتوغرافية، ويشجع العميل على إعداد قائمة أسبوعية للإلتغال بها (Lewinsohn et al., 1969). وفي بعض الأحيان يصاغ حتى عقد رسمي، الذي يتعهد فيه العميل بالإلتغال بالنشاطات سارة على نحو أكثر ويتعهد أحد أعضاء الأسرة أو الأصدقاء بمكافأة العميل من أجل عمل هذا. وقد بين الطلاب أن إعادة تقديم نشاطات منتقاة بهذه الطريقة يؤدي إلى زيادة المشاركة في النشاطات ويحسن المزاج (Terif Lewinsohn, 1986; Lewinsohn & Graf, 1973). ويبسط.

وصف الحالة التالية هذه العملية: كانت هذه المريضة ربة بيت في التاسعة والأربعين من العمر في أطفالها ولم يعدوا يعيشون في المنزل «كان إهتمامها الرئيسي في الحياة هو الرسم بالزيت، وكانت حقاً فنانة منجزة، لديها اكتئاب يتسم بالخمول، وانحطاط ذاتي، والقلق في حين كانت مصابة بأفة نفسية شديدة. وكانت غير قادرة على الرسم خلال مرضها وفقدت الإهتمام والثقة في عملها الفني حينما أصبحت مكتئبة، وظن معالجها أنها يمكن أن تعيد مصادر «إعادة تدعيمها» إذا أمكن دفعها أن تعود إلى الحامل. وبعد تقسيم علاقة مدعمة لمدة شهر، خطط المعالج لزيارة منزلية للنظر إلى رسومها ومراقبتها والحديث معها حينما إلتقطت فرشاتها ووضعت يدها على الكانفا. وبحلول وقت وصوله، كانت قد بدأت من قبل في الرسم وفي أسابيع قليلة خبرت نقص تدريجي في اكتئابها (Lieberman & Raskin, 1971: 521).

إعادة تدعيم السلوك غير الاكتسابي :

يجادل السلوكيون بأنه عندما يصبح الناس مكتسبين، فإن السلوك التكيفي القديم مثل الذهاب إلى العمل يميل إلى أن يُستبدل بسلوك سلبى واكتسابى مثل الشكوى، والبكاء، وانتقاص قيمة الذات، والسلوك الذى يصلح النموذج، فقد يستخدم المعالجون مجال إدارة الاحتمال، إنهم يجاهلون على نحو منهجى سلوك العميل الاكتسابى في حين يعطون إنتباهاً ومكافآت أخرى لتقارير وسلوك بنائين. وقد يستخدم المعالجون كذلك أعضاء الأسرة والأصدقاء كجزء من هذا المجال، موجهونهم إلى تجاهل سلوكيات العميل الاكتسابية ويكافئون السلوكيات التكيفية (Lieberman & Raskin, 1971).
تعليم مهارات اجتماعية: حينما يتصرف الناس المكتسبون بكآبة فى المواقف الاجتماعية، فإن الناس حولهم يحتمل أن يشعروا بعدم الراحة ويبقون على ابتعادهم. والشخص المكتسب يُحرم حينئذ من مصدر تدعيم هام للسلوك الاجتماعى الإيجابى. وهكذا يجادل «لوينسهون» ومعالجون سلوكيون آخرون بأن الناس المكتسبين يجب تعليمهم، أو على الأقل إعادة تعليمهم ممارسة مهارات اجتماعية فعالة .

وفى إحدى برامج العلاج الجماعى لتقوية المهارات الاجتماعية لعملاء المكتسبين، المسماة التدريب على الفاعلية الشخصية، يُطلب من أعضاء الجماعة إعادة تكرار مجموعة متنوعة من الأدوار الاجتماعية مع كل منهم بآخذ كطريقة لتحسين سلوكيات «تعبيرية» مثل الإتصال بالعين، والتعبير العاطفى ونغمة الصوت، والوقفه.

وتشير الدراسات إلى أن التفاعلات الاجتماعية للعملاء المكتسبين تؤدي إلى تحسينهم تحت هذه التقنيات (Hersen et al., 1984, King et al., 1947).
فاعلية علاج لوينسهون السلوكى: يبدو أن تقنيات «لوينسهون» السلوكية ذات مساعدة قليلة حينما تطبق واحدة فقط منها، فحينما أعطيت مجموعة واحدة من الناس المكتسبين تعليمات لزيادة نشاطاتها الساعية على مدى مدة أسبوع وأخبرت ببساطة مجموعة ضابطة من الأشخاص المكتسبين لمراقبة نشاطاتهم على مدى نفس الفترة من الزمن، لم تبين أى مجموعة أى تحسينات (Hamman & Glass, 1975).

ومن الناحية الأخرى، فإن برامج العلاج التى تخرج عدداً من تقنيات، «لوينسهون» السلوكية تبدو أنها تخفض الأعراض الاكتئابية، بصفة خاصة إذا كان الاكتئاب خفيفاً أو معتدلاً (Teri & Lewinsohn, 1984; Lewinsohn et al., 1990).
Lewinsohn, 1986). وفى سلسلة من الدراسات، وجد «لوينسهون وزملاؤه» (١٩٨٢) أن العملاء المكتسبين الذين تلقوا مزيجاً من العلاجات السلوكية تحسّنوا غطياً من مستويات الاكتئاب المعتدلة أو المنخفضة .

وفى السنوات الحديثة خصص «لوينسهون وزملاؤه» برنامج علاج جمعى شامل يتكون من محاضرات، نشاطات بحجرة الدراسة، ومخصصات واجب منزلى وحتى كتاب مدرسى موجه للعملاء المكتسبين (Teri & Lewinsohn, 1984). وجدول هذا البرنامج الجماعى الذى يتكون من جلسات جماعة مدة كل منها ساعتان على مدى ثمانية أسابيع، ويبدو أنه يخفض الأعراض الاكتئابية على نحو أساسى فى ٨٠٪ من العملاء ويساعد العملاء على المحافظة على هذه المكاسب. ولسوء الحظ، أثبت المجال مرة أخرى، أنه أقل مساعدة للناس المكتسبين بشدة منه لأولئك الذين يكونوا مكتسبين على نحو خفيف أو معتدل.

وبافتراض مجموعة متنوعة من المفاهيم والتقنيات للمعالجين
السيكوديناميين، والإنسانيين، والسلوكيين، فإن المعالجين الـ *البنشخصيين* IPT
يبدلون مجهوداً متفق عليه لتنقيح المشاكل الـ *البنشخصية* التي يقدون أنها
تصحب الأداء الاكتسابي. على مدى تنظيم اثني عشرة أو ستة جلسات
أسبوعية يساعدون فيها العملاء على تنمية استبصارات داخل سرعاتهم
الـ *البنشخصية*، وتغيير مواقفهم الاجتماعية، وإكتساب مهارات اجتماعية.

تناول مجالات خاصة بالمشاكل البينشخصية الرئيسة: يعتقد المعالجون البينشخصيون أن العلاج للأشخاص المكتئبين يجب أن يتناول على الأقل أحد أربعة مجالات خاصة بمشاكل بينشخصية. أولاً، قد يكون الشخص المكتئب، كما يقترح المنظرون السيكوديناميين، شاعراً برّد فعل حزبي بسبب فقد شخص محبوب مهم. في مثل هذه الحالات، يشجع معالجو IPT العملاء على التفكير بخصوص الفقد، وبرتادوا علاقتهم بالشخص المفقود، ورفضوا ويعبروا عن مشاعر الغضب تجاه الراحل. ولأن العملاء يصيغوا نواح جديدة

ومحمد بن زاهد - الأديب المعروف - في طبعته الأولى في سنة ١٢٠٠ هـ.

حينما يكون لشخصين توقعات مختلفة بخصوص علاقتهما وبخصوص الدور الذي يجب أن يلعبه كل منهما. وقد تؤدي مثل هذه النزاعات إلى فتح الصراعات أو الإستياءات الغاضبة والمشاعر المكتثبة. ويساعد المعالجون الـبيشخصيون العملاء على ارتياد أى نزاعات أدوار فى علاقتهـم.. وعلى مر منهج العلاج، قد يساعد المعالجون كذلك العملاء على تنمية وتتبع استراتيجيات لحل نزاعاتهم الخاصة بالأدوار :

وفى مثل هذه الحالات يساعد المعالجون البينشخصيون العملاء على استعراض وتقييم أدوارهم القديمة، وإيجاد الفرص المقدمة بواسطة الأدوار الجديدة، وتنمية نظام المساندة الاجتماعية والمهارات التى تتطلبها الأدوار الجديدة. ويتوقع سيادة الأدوار الجديدة لإنتاج إحساس بالتفاؤل ولمساعدة استعادة التقدير الذاتى للعملاء .

والمجال الرابع للمشاكل البينشخصية الذي قد يصعب الإكتساب هو وجود بعض العيوب البينشخصية، مثل خجل مفرط، وحساسية لإحتياجات الآخرين، والإرتباك الاجتماعي. وطبقاً «لكريمان ووسمان» فإن الأشخاص المكتئبين الذين لديهم تاريخ من العلاقات البينشخصية غير الكافية أو غير الناجحة يكونون أكثر عرضة للإصابة بالمشاكل البينشخصية. مثل هؤلاء الناس أن يكونوا قد خبروا عدداً من العلاقات الممزقة بشدة كأطفال ولم يحصلوا إطلاقاً على علاقات حميمة ثابتة كراشدين، ويستند عليهم المعالجون البينشخصيون إجراءات سيكودينامية لمساعدة هؤلاء العملاء على تبيين والتغلب على صدمات ماضية وتحديد الصراعات التي أعادت تطوّرهم الاجتماعي. وقد يستخدمون كذلك تقنيات سلوكية مثل التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب التوكيدي لتحسين فاعلية العميل الاجتماعية. وفي مناقشة العلاج التالي، يشجع المعالج العميل على تبيين التأثير الذي لسلوكه على الآخرين.

العميل: (بعد توقف طويل مع عينين منكسرتين، وتعبير وجهي حزين، وجلسة مترهلة) يسخر الناس دائماً مني. أخمن أنني مجرد شاب تافه يعنى به حقيقة أنه أعزل، ياللعنة (تنهيدة عميقة).

المعالج: هل تستطيع أن تفعل ذلك مرة ثانية لي ؟
العميل: ماذا ؟

المعالج: التنهيدة، فقط أعمق قليلاً .

العميل: لماذا؟ (توقف) أوكاى، ولكنى لأرى ماذا.. أوكاى (يتنهد العميل مرة ثانية وابتسم).

المعالج: حسناً، تلك المرة إبتسمت، ولكن فى الغالب عندما تتنهد وتنظر هكذا حزناً أشعر من الأفضل أن أتركك وحيداً فى بؤسك، إننى يجب أن أسير على قشر بيض وأننى لن أحصل على ود كثير أو ربما أوديك حتى أكثر.
العميل: (قليل من الغضب فى صوته) حسناً، أعذرني! كنت أحاول فقط أن أخبرك بما شعرت به

المعالج: أعرف أنك شعرت بالبؤس، ولكنى أيضاً حصلت على الرسالة بأنك أردت أن تبقينى بعيداً، إننى لم أحصل على طريقة للوصول إليك.
العميل: (ببطء) أشعر كما لو كنت أعزلاً، أشعر أنك حتى لا تهتم بي - تسخر منى .

المعالج: أتساءل إذا كان أناساً آخرين يحتاجون أن يمحوا بهذا الإختبار أيضاً (Young & Beier, 198: 270).

فاعلية العلاج البينشخصي: تشير دراسات شاملة عديدة مؤثرة ومنهجية إلى أن العلاج البينشخصي ومجالات بينشخصية متعلقة تكون فعالة فى علاج حالات خفيفة إلى شديدة من الاكتئاب أحادى القطبية (Elkin, 1994; Mason. et al., 1994; Klerman & Weissman, 1992).

ووجدت هذه الدراسات أن الأعراض تختفى كلية على نحو التقريب فى ٥٠٪ إلى ٦٠٪ من العملاء المكتئبين الذين تلقوا علاجاً بينشخصي. وقارنت إحدى الدراسات تقدم العملاء المكتئبين الذين تلقوا ستة عشر أسبوعاً من العلاج البينشخصي مع ذلك الخاص بالعملاء الضابطين الذين لم يتلقوا هذا العلاج (Klerman & Weissman, 1992; Weissman et al., 1979). وأشارت تقديرات ذاتية وتقييمات إكلينيكية إلى أن عملاء العلاج البينشخصي خبروا

من مزاجهم وسلوكهم (Beck, 1993, 1985, 1967). والعلاج الذي يتطلب عادة اثني عشرة جلسة أو عشرين جلسة، يماثل علاج «ألبرت إيليس» A. Ellis العقلاني الانفعالي ولكنه مصمم أكثر للأخطاء المعرفية المعينة الموجودة في الاكتئاب. وبناءً على ذلك، كما أن أعراض العملاء، متتبعاً بأربعة مراحل متتابعة من العلاج .

المرحلة الأولى: زيادة النشاطات والمزاج المرتفع :

إعتقاداً بأن الأشخاص المكتئبين يمكن أن يستفيدوا من المشاركة في مزيد من النشاطات، فإن المعالجين يحددوا المرحلة بالنسبة للعلاج المعرفي بتشجيع العملاء على أن يصبحوا أكثر نشاطاً وثقة، ويستخدم مجال يشبه السلوكي يقضى فيه المعالج والعميل وقتاً خلال كل جلسة يعدون قائمة مفصلة بنشاطات مستمرة في الأسبوع القادم. وقد تقتصر القائمة الأسبوعية المبدئية على مثل هذه النشاطات البسيطة كزيارة صديق وتناول الغذاء مع أعضاء الأسرة، وبالتدريج تصبح المخصصات أكثر تحدياً، ولكن في تناول يد العميل، وحينما يصبح العملاء أكثر نشاطاً من أسبوع إلى أسبوع، يتوقع تحسن مزاجهم. ومن الواضح، أن هذا الشكل من العلاج يماثل مجال «لوينسهون» السلوكي. ويعتقد بيك، مع ذلك، أن الزيادات في النشاطات والتحسينات في المزاج التي تنتج بواسطة هذا المجال لن تؤدي بنفسها بخروج الشخص من أدائه الاكتئابى؛ فالتدخلات المعرفية يجب أن تلى. ويقدر مايدمج «بيك» التقنيات السلوكية في المرحلة المبكرة من العلاج، فيحتمل بمزيد من الدقة تسمية مجاله الشامل معرفى - سلوكى فضلاً عن تدخل معرفى محض .

إنخفاضاً دالاً أكبر على نحو دال في الأعراض الاكتئابية من العملاء الضابطين. علاوة على ذلك، بالرغم من أن تحسناً مقارناً في الأداء الإجتماعى لم يكن ظاهراً خلال فترة العلاج نفسها، فقد لاحظ الباحثون بعد سنة لاحقة أن عملاء العلاج البينشخصى كانوا يؤدون على نحو أكثر فاعلية من العملاء الضابطين في نشاطاتهم الاجتماعية وفي أسرهم. وعلى أساس مثل هذه النتائج، يُستخدم العلاج البينشخصى بشكل متكرر للعملاء المكتئبين، بصفة خاصة مع أولئك الذين يناضلون مع الصراعات النفسية الاجتماعية، سواء في العمل أو في الزواج، أو الذين يكونون في وسط تفاوض انتقالي في حياتهم العملية أو الدور الإجتماعى (APA, 1993) .

٤- العلاج المعرفى

Cognitive Therapy

ينظر أرون بيك A. Beck إلى الاكتئاب أحادى القطبية كنتيجة لسلسلة من أخطاء معرفية. ويعتقد «بيك» أن الأشخاص المكتئبين لديهم اتجاهات سيئة التكيف تؤدي إلى طرق متحيزة على نحو سلبي من رؤية أنفسهم، والعالم، ومستقبلهم - المسماة الثلاث المعرف. وهذه الآراء المتحيزة فتتجز بتفكير غير منطقي لإنتاج أفكار تلقائية، وأفكار سلبية تسمية تسمى العقل، وتولد أعراض الاكتئاب .

وابتكر «بيك» علاجاً معرفياً للاكتئاب أحادى القطبية الذي يساعد العملاء على تبين وتغيير عملياتهم المعرفية المختلفة وظيفياً، ومن ثم تحسين كل

المرحلة الثانية: فحص وإبطال الأفكار التلقائية :

بمجرد أن يكون العملاء نشطين نوعاً ما مرة ثانية ويشعرون ببعض الشفاء من اكتسابهم، يكونوا قادرين على نحو أفضل للملاحظة والتفكير في أنفسهم، ويساعد المعالجون المعرفون بعد ذلك على تعديل أفكارهم التلقائية السلبية الصارمة، تخصيص «واجب منزلي يجب أن يتبين فيه العميل ويسجل الأفكار كما تحدث. وتعطى حتى لبعض العملاء إرشادات لاستخدام ضربات المعصم لمساعدتهم على أن يصبحوا على وعى بكيفية الأفكار التلقائية الكثيرة التي يخبرونها أثناء اليوم .

وتُستعرض الأفكار التلقائية بعد ذلك في جلسة العلاج، والعميل، بالطبع، يأخذ في الاعتبار الأفكار الواقعية، ولكن المعالج يشك في صدقها. وفي جلسة بعد جلسة، ينفخ المعالج والعميل في شكل من الإمبريقية التعاونية التي يختبران فيها الحقيقة الموضوعية وراء الأفكار وغالباً ما يستنتجوا أنها لا أساس لها، ويقدم «بيك» التبادل التالي كمثال لهذا النوع من الإستعراض .

المعالج: لماذا تظن أنك لن تكون قادراً على أن تُحصل في الجامعة التي من اختيارك ؟

المريض: لأن درجتي لم تكن مرتفعة هكذا ؟

المعالج: حسناً، ماذا كان متوسط درجاتك ؟

المريض: حسناً، قليل إلى أن تكون جيدة على نحو بارع حتى الفصل الأخير في المدرسة العالية .

المعالج: ماذا كان متوسط درجاتك بصفة عامة ؟

المريض: كانت A و B .

المعالج: حسناً، كم من كل منهما ؟

المريض: حسناً، أضمن أن كل درجتي كانت A'S ولكنني حصلت على درجات منخفضة في فصلي الأخير .

المعالج: ماذا كانت درجاتك حينئذ ؟

المريض: حصلت على اثنين A'S واثنين B'S .

المعالج: حيث أن متوسط درجاتك يمكن أن تبدو لي أنها تتركز تقريباً على A'S ، لماذا تظن أنك لن تكون قادراً على دخول الجامعة ؟

المريض: لأن التنافس صارم جداً .

المعالج: هل اكتشفت ما هو متوسط الدرجات من أجل الإعتماد إلى الكلية؟

المريض: حسناً، شخص ما أخبرني أن متوسط B+ سوف يكفي .

المعالج: أليس متوسطك أفضل من ذلك ؟

المريض: أظن هذا (Beck et al., 1979: 153).

المرحلة الثالثة: تحديد التفكير المشوه والتحييزات السلبية :

عندما يبدأ العملاء في تبين الأخطاء في تفكيرهم التلقائي، فإن المعالجين المعرفيين يبينون لهم كيف أن عمليات تفكيرهم اللامنتظية قد تساهم في هذه الأفكار. والطالبة المكتتبة كانت تستخدم تفكير الكل - أو - لاشيء (ثنائي) حينما استنتجت أن أي درجة أقل من A كانت فشلاً .

وبينما يستعرض العملاء أفكارهم التلقائية وأخطأهم في التفكير، فإن المعالجين يساعدونهم كذلك على تبين أن كل تفسيراتهم للأحداث تقريباً بها تحيز سلبي. وقد تُستخدم تقنيات متنوعة لمساعدة العملاء على تحديد وتغيير أسلوبهم المتحيز في التفسير. ومع اللوم الذاتي للعملاء، على سبيل المثال،

غالباً ما يستخدم المعالجون تقنيات إعادة العزو لتحديد أسباب ممكنة للمشاكل غير أنفسهم. ويقدم «بيك» المثال التالي لهذا التكنيك :

المريض: لا أستطيع أن أخبرك كم من الخطأ عملت من الأشياء. لقد عملت خطأ رئيسياً آخر من الحكم الذي يمكن أن يفقدني عملي.

المعالج: أخبرني ماذا كان الخطأ في الحكم.

المريض: لقد صدقت على سلفة تلاشت بالكامل. لقد اتخذت قراراً سيئاً جداً.

المعالج: هل تستطيع تذكر المحددات الخاصة بالقرار ؟

المريض: نعم، أتذكر أنه بدا جيداً على الورق، متوازنة جيداً، معدل اعتماد جيد، ولكن كان يجب على أن أعرف أنه ستوجد مشكلة.

المعالج: هل حصلت على كل المعلومات الثابتة في ذلك الوقت من قرارك ؟

المريض: ليس في ذلك الوقت، ولكني وجدتها بالتأكيد بعد ٦ أسابيع.

لقد دفعت إلى عمل قرارات مريحة، وليس لأبشر نقود.

المعالج: أفهم موقفك، ولكني أريد أن استعرض المعلومات التي حصلت عليها في الوقت الذي كان قرارك فيه مطلوباً، وليس بعد ٦ أسابيع من اتخاذ القرار.

وحينما استعرض المعالج والمريض المعلومات الثابتة في وقت

قراره، فإن المريض استنتج على نحو معقول أن قراره المبني

مبادئ بنكية سليمة، ولقد تذكر حتى مراجعة الخلفية المالية

مكتشف. وتمت مساعدة المريض بواسطة طريقة إعادة العزو (Beck et

. 1979: 188)

المرحلة الرابعة: تغيير الاتجاهات الأولية:

في المرحلة النهائية من العلاج، يساعد المعالجون العملاء على تغيير اتجاهاتهم الأولية، والإعتقادات المركزية التي جعلتهم على إستعداد للاكتئاب في المحل الأول. وخلال المراحل الثلاثة الأولى من العلاج، يكون كثير من العملاء قد بداوا في رؤية سوء فاعلية اتجاهاتهم وبحولوا قد بداوا في تغييرها من أنفسهم.

وتتشجيع العملاء على اختبار اتجاهاتهم، فإن المعالجين يستطيعون أن يقوموا بمراجعات إضافية، كما في المناقشة التالية الخاصة بالعلاج :

المعالج: على ماذا تؤسسى هذا الإعتقاد بأنك لا تستطيع أن تكوني سعيدة بدون رجل ؟

المريضة: لقد كنت مكتئبة حقيقة لمدة سنة ونصف حينما كنت بغير رجل .

المعالج: هل يوجد سبب آخر لاكتئابك ؟

المريضة: كما ناقشنا، كنت أنظر في كل شيء بطريقة مشوهة، ولكني لازلت أعرف إذا كان من الممكن أن أكون سعيدة إذا لم يهتم أحد بي .

المعالج: إنني لأعرف أيضاً، هل توجد طريقة نستطيع بها أن نكتشف ؟

المريضة: حسناً، كتجربة، لأستطيع أن أخرج من التواريخ لفترة وأرى كيف أشعر .

المعالج: أظن أن تلك فكرة جيدة. وبالرغم من سلبياتها، فإن الطريقة التجريبية

لازالت هي أفضل طريقة حالياً متاحة لإكتشاف الحقائق، إنك حسنة الحظ

في كونك قادرة على إجراء هذا النمط من التجربة، والآن، للمرة الأولى

في حياتك الراشدة لا تكوني مرتبطة برجل. إذا وجدت أنك يمكن أن

تكوني سعيدة بدون رجل، فإن ذلك سوف يقويك إلى حد كبير ويجعل

علاقاتك المستقبلية كذلك أفضل (Beck et al., 1979: 25-254) .

ثانياً: علاجات الاضطرابات ثنائية القطبية

حتى حديثاً، كان مقدوراً للناس ذوي اضطرابات ثنائية القطبية أن يفضوا حياتهم على أفعوانة (*) انفعالية

وقد معالجون نفسيون من توجهات مختلفة أنه لانجاح تقريباً في علاج الأعراض الهوسية للعملاء ذوي ثنائية القطبية وأن نجاحاً محدوداً جداً في علاج الأعراض الاكتئابية الثنائية القطبية (Licky & Gordon, 1992)، وبالمثل، فإن المعالجين البيولوجيين وجدوا أن العقاقير المضادة للاكتئاب و ECT شفت عرضياً فقط الأحداث الاكتئابية للدائرة الثنائية القطبية وأن المسكنات والعقاقير المضادة للذهان فشلت في التأثير على ضخامة فيضان الأفكار المتزايد الذي يميز الأحداث الهوسية (Prien et al., 1974). ولأسباب غير مفهومة بوضوح، استُخدم ECT خلال حدث هوسى مقاطعاً أحياناً الحدث ومستعيداً للسواء (Black et al., 1987 Small, 1985)، ولكن المرضى ذوي الهوس شعروا عادة بخير شديد عند الموافقة بمثل هذا الإجراء المرعب والغير سار.

وفيما يلي، سوف نعرض لطرق العلاج النفسي فقط للاضطرابات ثنائية الوجدان :

العلاج النفسي المساعد

Adjunctive Psychotherapy

نادراً ما يعالج الإكلينيكيون المرضى ذوي القطبية الثنائية بالعلاج النفسي وحده (Klerman et al., 1994)، وقد كتب الطبيب النفسي «رونالد فيث» «عندما بدأ العلاج الأولي للذهان الدوري أطلب من المريض أن يتحدث معي عن مشاكله... في خبرتي لم يحدث كثيراً جداً» (Fieve, 1975).

(*) سكة حديد مرتفعة (في مدينة للملاهي) تتلوى وتنخفض وتجري فوق قضبانها عربات صغيرة.

يتوقع المعالجون أن الإختبارات المتكررة الخاصة به والتحديات لاتجاهات أساسية لعميل سوف تساعد العميل على تكوين طريقة تفكير أقل إنهمازية للذات. وهكذا يُزال الجوهر المعرفي للاكتئاب .

فاعلية العلاج المعرفي :

على مر العقود القليلة الماضية، استنتجت حرفياً مئات الدراسات أن الأشخاص المكتئبين على نحو معتدل أو شديد الذين يتلقون علاجاً معرفياً يتحسنون على نحو دال أكثر من الذين يتلقون علاجات لمجرد الترضية أو لاعلاجات على الإطلاق (Hollon & Bec, 1994; Pace & Dixon, 1993; Hollan et al 1993). ويظهر، ٥٠٪ إلى ٦٠٪ على نحو التقريب من العملاء المعالجين بهذا المجال، مثل أولئك المعالجين بالعلاج اليبينشخصي، تلاشياً للأعراض الاكتئابية .

وتشير الدراسات كذلك إلى أن العملاء الذين يستجيبون لهذا المجال يظهرون تحسنات ثابتة في أدائهم المعرفي (أى، على نحو تقدمى تشاؤم أقل، وتغيرات إيجابية في مفهوم الذات) على مر منهج العلاج وأن هذه التحسنات ترتبط بشدة بتحسنات في الاكتئاب (Pace & Dixon, 1993).

ومن ناحية المساندة البحثية القوية لمجال «بيك»، فإن عدد متزايداً من المعالجين يطبقونه (Hollon et al., 1993). وابتكر البعض برنامجاً «جماعية لجعل العلاج متاحاً بسهولة لعدد أكبر من الناس» (Hollon, 1985). وإلى هذا الحد يوحى البحث، مع ذلك، أن العلاج المعرفي قد يكن أقل فاعلية في الجماعات منه في جلسات العلاج الفردي (Lewinsohn & Watkins, 1981).

وفى الحقيقة لم تجر دراسات ضابطة على فاعلية العلاج النفسى وحده للاضطرابات الثنائية القطبية، حقيقة قد تعكس اتهام الجمعية الإلينيكية بأن مثل هذه المجالات فى حد ذاتها لا تكفى ببساطة لعلاج هذا الاضطراب

وفى نفس الوقت، تعلم الإكلينيكيون أن علاج الليثيوم وحده سير كان دائماً كذلك. وكما رأينا سابقاً، ٣٠٪ إلى ٤٠٪ من المرضى ذوو الاضطرابات ثنائية القطبية قد لا يستجيبوا لليثيوم أو يتكسوا أثناء أخذه (Abou Saleh, 1992; Priven et al., 1984, Davis, 1966).

ويوجد كذلك دليل أن حوالى ٥٠٪ من المرضى الذين يتم علاجهم بالليثيوم لم يتلقوا الجرعة اللائقة: كثيرون لم يأخذوها كما وصف، وآخرون توقفوا عن أخذها تماماً ضد نصيحة طبية، ويتلقى البعض وصفات جرعات غير صحيحة (Gelenberg, et al., 1989; Bower, 1987).

بالنسبة لهذه المشاكل، يؤكد كثير من الإكلينيكيين الآن العلاج النفسى أو «استخدام العلاج النفسى» كعامل مساعد للعلاج بالليثيوم (Graves, 1993; Miklowitz & Goldstein 1990; Wulsin et al., 1988). وأتاحت العلاجات الفردية، والجماعية، والأسرية على نحو متزايد للمرضى ذوو الاضطرابات ثنائية القطبية لمساعدتهم بالنسبة لمشاكلهم وتأثيرات شفاثهم. والإهتمامات التى يتم تناولها على النحو الأكثر شيوعاً فى العلاج النفسى هي:

١ - إدارة العلاج: يتم تأكيد أهمية استمرار علاج ملائم بالنفسى خلال العلاج والتمسك بنظام للعلاج قد يكن مراقباً أو محذوراً (Goodwin & Janison, 1990; Kripke & Robinson, 1985). ويشجع المرضى كذلك على مناقشة أسبابهم لكرههم أو رفضهم للعلاج مع مقدميهم.

تأثيرات الدواء غير المرغوبة، وشعورهم بأنهم فى خير حال لتبين الحاجة لعلاج مستمر، ويخطئون مشاعر الإرتياح التى اعتادوا عليها، أو يكونوا أقل إنتاجاً وإبداعاً حينما يأخذون الليثيوم (Wulsin et al., 1988).

٢ - العلاقات الأسرية والاجتماعية: يكون المرضى ثنائيو القطبية الذين يرجعون إلى أسر ناقدة مفرطة التعقيد أكثر احتمالاً للإلتكاسة فى نطاق تسعة شهور من أولئك المرضى الذين يعيشون فى جو أسرى أكثر تدعيماً وأقل تطفلاً أو إقترحاماً (Goodwin & Jamison, 1990; Miklowitz et al., 1988).

وهكذا فإن مساعدة المرضى على مواجهة أعضاء الأسرة وتحسين أراء الأسرة يكونا محورين شائعين فى العلاج النفسى. وبينما يشفون، غالباً ما يخبر المرضى ذوو الاضطرابات الثنائية القطبية صعوبات رئيسية بينشخصية واجتماعية، تشمل فقد الأصدقاء والمحبين الذين ابتعدوا رعباً أو ينفروا خلال نوبات الثنائية القطبية (Wulsin et al., 1988; Aleksandrowicz, 1980, Donnelly et al., 1978). وفى العلاج النفسى، قد يُشجع المرضى على ارتياد التفاعل بين المشاكل الاجتماعية والأعراض، وتنمية مهارات اجتماعية وشبكات مساندة، وتبين حدودهم الاجتماعية، وتخفيض الإفراط فى الاستشارة والأسى (Klerman & Weissman, 1992; Frank et al., 1990). فقد وجدت دراسة لـ ٦٠ مريضاً ثنائى القطبية استقروا على الليثيوم أن المساندة الاجتماعية كانت العامل الأكثر ارتباطاً بشدة بنتيجة العلاج (O' Connell et al., 1985).

٣ - التعليم: قد يعرف كثير من المرضى وأسرهم قليلاً جداً في الواقع عن اضطرابهم ثنائي القطبية ويحتاجون إلى أن يتزودوا بمعلومات عن الأسباب، والنماذج الشائعة، والمضمونات العملية. وقد لا يتلقى المعالجون النفسيون كثيراً من المعلومات العامة فقط وليس يسير أعضاء جماعات العلاج على أن يستفيدوا بما قد علمتهم خبراتهم (Van der Grinten et al., 1988) - Gent & Zwart, 1991.

٤ - حل المشاكل: يمكن أن تخلق الاضطرابات ثنائية القطبية مشاكلًا في كل نواحي الحياة وتدخل في كل مجالات السعي. فالشخص قد يكون، على سبيل المثال، غير قادر على البقاء في المدرسة أو حتى عملاً حينما تثار أعراض هوسية أو اكتئابية. وهكذا فإن أحد أدور العلاج قد تساعد العملاء على تنمية حلولاً للصعوبات المعينة التي تواجهونها (APA, 1993; Kripke & Robinson, 1985).

واختبرت دراسات ضابطة قليلة فاعلية العلاج النفسي كعلاج مساعد للعقار بالنسبة للمرضى ذوي اضطرابات ثنائية القطبية، ولكن عددًا ناميًا من التقارير الإكلينيكية يوحى بأن استخدامه يؤدي إلى نتائج أفضل للمستشفيات، وأداء اجتماعي أفضل ومعدلات استخدام أدوية للعلاج (Clarkin et al., 1990; Miklowitz et al., 1988) وبما هم من أن الليثيوم هو بوضوح العامل النشط لتحسن الأصيل، فإنه يجب بادئاً أن العقار أكثر فاعلية للمرضى حينما يمتزج بأشكال أخرى من العلاج. والعلاج النفسي يلعب حتى دوراً أكثر مركزية في علاج الاضطراب الخاص بالمزاج الدوري، والنموذج ثنائي القطبية الخفيف. ويتلقى المرضى

بهذه المشكلة على نحو غطى إما علاج نفسي وحده أو بامتزاج مع الليثيوم. ولا توجد، مع ذلك، دراسات عن ما إذا كانت مثل هذه المجالات تساعد الناس الذين يخبرون هذا النموذج (Klerman et al., 1994).

حالة الميزان

علاجات لاضطرابات المزاج

اضطرابات المزاج هي بين الأكثر قابلية للعلاج من كل الاضطرابات العقلية ويمكن مساعدة أكثر من ٦٠٪ من الناس الذين يعانون منها. ويمكن عادة خفض أعراض نماذج الاكتئاب أحادي القطبية أو استئصالها في أسبوعين إلى ٢٠ أسبوعاً؛ وبعد ذلك، ينفصل العلاج بصفة عامة، ليتواصل من جديد إذا تواترت الأعراض الاكتئابية. ويمكن كذلك خفض أعراض الاضطرابات ثنائية القطبية في غضون أسابيع قليلة، ولكن العلاج يجب أن يستمر دون تحديد للمساعدة في منع أحداث مستقبلية من الاكتئاب والهوس.

ويكون اختيار العلاج للاضطرابات ثنائية القطبية ضيقاً وبسيطاً - الليثيوم (أو علاج متعلق)، ربما يمتزجاً بالعلاج النفسي، وهو المجال الوحيد الأكثر نجاحاً. والصورة بالنسبة للنماذج أحادية القطبية للاكتئاب أوسع وأكثر تعقيداً، بالرغم من أنها ليست أقل واعدة. والعلاج المعرفي، والعلاج البيشخصي، والعلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب جميعها تساعد في حالات ذات أي شدة؛ ويساعد العلاج السلوكي في الحالات الخفيفة إلى المعتدلة، وECT نافع وفعال في حالات شديدة ولم يبرز أي واحد منفرد من العلاجات باعتباره أفضل بوضوح من العلاجات الأخرى، وقيل امتزاجات العلاج النفسي والعلاج بالعقاقير إلى أن تكون أكثر نفعاً على نحو متواضع من أي مجال منفرد.

لماذا يجب أن تكون مجالات عديدة جداً فعالة على نحو مرتفع في علاج نماذج الاكتئاب أحادي القطبية ؟

بالرغم من أن إكلينيكيين لا يعرفون حتى الآن، فقد تلك التفسيرات بعض الصديق. أولاً، يبدو معقولة أن إزالة أي من العوامل التي تساهم في الاكتئاب أحادي القطبية قد تعزز تحسينات في كل مجالات الأداء. تماماً كما يبدو معقولاً بالنسبة لعامل عرضي أن يثير عواملاً أخرى كثيرة ويخلق حالة من الاكتئاب أحادي القطبية في المحل الأول. وقد وجدت الدراسات التي تدعم هذا التفسير أنه عندما يكون علاج معين فعالاً، فإن العميل يبدو أنه يتحسن في مجالات الأداء (Elkin, 1994). وتؤدي العقاقير المضادة للاكتئاب، على سبيل المثال، إلى بعض من نفس التحسينات في الأداء المعرفي كما يفعل علاج «بيك» المعرفي (Fava et al., 1994; Reda et al., 1985).

ويقترح التفسير الثاني وجود أنواع متنوعة من الاكتئاب أحادي القطبية، يستجيب كل منها إلى نوع مختلف من العلاج، ووجد الباحثون في الواقع أن الاكتئاب أحادي القطبية ذات الملامح الخاصة تستجيب أحياناً على نحو أفضل لأحد أشكال العلاج منها للآخر. وقد أشارت الدراسات إلى أن العلاج البيئي الشخصي أكثر نفعاً في الاكتئاب المعجلة بعوامل مرتبطة منه في الاكتئاب ذات المنشأ الداخلي (Prusoff et al., 1980) على حين أن العلاجات المضادة للاكتئاب أكثر احتمالاً من العلاجات النفسية لأن تكون مساعدة بالنسبة لحالات تتميز بمشاكل الشهية والنوم، والظهور، وتاريخ أسرى من الاكتئاب (Mc Nulty & Cimboric, 1986; Byren & Stern, 1981).

ومهما كان التفسير الأقصى، فلا يوجد شك أن صورة العلاج الحالي واعدة جداً للناس ذوي النماذج أحادية القطبية من الاكتئاب ولأولئك ذوي الاضطرابات ثنائية القطبية. والفروق هي أن واحداً أو مزيجاً من العلاجات المستخدمة سوف تخفف أعراضها .

ومن ناحية أخرى، تبقى الحقيقة المختصرة بأن ما يصل إلى ٤٠٪ من الناس ذوي اضطراب مزاجي لا يتحسنون تحت العلاج ولا بد أن يعانون من هوسهم أو اكتئابهم إلى أمد طويل .

المخلص:

❖ اضطرابات المزاج هي بين معظم كل الاضطرابات العقلية القابلة للعلاج: أكثر من ٦٠٪ من الناس ذوي هذه الاضطرابات يمكن مساعدتهم. واستخدمت سلسلة واسعة من المجالات في إدارة الاكتئاب أحادي القطبية، وابتكرت علاجات أقل للاضطرابات ثنائية القطبية. وتوجد تدخلات بيولوجية تسود المجال .

❖ المعالجون السيكونديناميون يحاولون أن يساعدوا العملاء ذوي الاكتئاب أحادي القطبية على أن يصبحوا واعين بـ ويعملون خلال افتقاداتهم الحقيقية أو المتخيلة واعتمادهم المتزايد على الآخرين. وبالرغم من أن البحث قد بين أن العلاجات السيكوندينامية لا تساعد دائماً في حالات الاكتئاب أحادي القطبية، فإنها لازالت تُستخدم على نطاق واسع .

❖ في المجال السلوكي يعيد المعالجون تقديم عملاتهم للأحداث والنشاطات التي وجدها العملاء سارة. ويدعم المعالجون أيضاً على نحو منهجي السلوكيات غير الاكتئابية ويتعلموا المهارات الفعالة البيئية، وإذا تحققت النتائج، فإن عديداً من هذه التقنيات يجب أن تُطبق على نحو

متزامن. ويكون مثل هذا العلاج فعالاً مبدئياً للناس المكتئبين على نحو خفيف أو معتدل .

❖ العلاج البينشخصي (IPT) يقوم على الافتراض بأن الأذى الاكتئابى ينبع من مجالات المشاكل البينشخصية. ويحاول هؤلاء المعالجون أن ينقحوا المشكلة التى تؤسس الاكتئاب بمساعدة العملاء لتنمية استراتيجيات فى هذه المجالات من المشكلة، وتغييرها، وتعلم المهارات لحماية العملاء فى المستقبل. ويوحى البحث أن IPT يكون فعالاً فى الغالب لعلاج حالات الاكتئاب أحادى القطبية الخفيفة إلى الشديدة .

❖ العلاج المعرفى للاكتئاب يساعد العملاء على تحديد وتغيير عملياتهم المعرفية المختلة وظيفياً. ويعتبر هذا فى الوقت الحالى أحد أهم المجالات الفعالة فى علاج الاكتئاب .

❖ قد برهن الليثيوم على أنه فعال فى تخفيف والوقاية من كل من الهوس والأحداث الاكتئابية للاضطرابات ثنائية القطبية. وبصفة عامة ليس نافعاً جداً فى علاج الاكتئاب ثنائى القطبية. وبالرغم من أن الميديكيزم الذى ينجح به الليثيوم غير مفهوم كلية، فإن الباحثين يشكون أنه قد يؤثر فى مقدمى الرسائل الثانية، أو يتفاعل مع أيونات الصوديوم فى موصلة عصبية معينة .

وفى السنوات الحديثة قد أصبح واضحاً أن الليثيوم وحده لا يشفى دائماً لعلاج الاضطرابات ثنائية القطبية وأن المرضى يعملون على نحو أفضل بدمج من العقار وأشكال أخرى من العلاج. ولذلك يكرس كثير من الأطباء النفسيين الآن العلاج النفسى كملحق بالعلاج بالليثيوم. والقضايا التى تتناولها الآن على النحو الأكثر شيوعاً فى العلاج النفسى للمرضى ذوى الثنائية القطبية هى إدارة العلاج، والعلاقات الأسرية والاجتماعية، والتعليم، وحل المشاكل

مراجع الفصل السابع:

- 1- Abou- Saleh, M.(1992). Lithium, In E. Payel (Ed.), Handbook of Affective Disorders. New York: Guilford.
- 2- Aleksandrowicz, D. (1980). Psychoanalytic studies of mania, In R. Belmaker & H. Van Praag (Eds.), Mania: An evolving concept. Jamaica, NY: Spectrum.
- 3- American Psychiatric Assoc. (1993). Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adults. Washington, DC.: Author.
- 4- Arieti, S., & Bemporad, J. (1978). Severe and mild depression: The psychotherapeutic approach. New York: Basic Book.
- 5- Beck, A. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper & Row.
- 6- Beck, A. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A. Tuma & J. Master (Eds.), Anxiety and the anxiety disorders. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 7- Beck, A. (1993). Cognitive approaches to stress. In P. Leher & R. Woolfolk (Eds.), Principles and Practice of Stress Management (2nd ed.). New York: Guilford.

- 14- Davis, J. (1976). Overview: Maintenance therapy in psychiatry: II. Affective disorders. *Amer. J. Psychiat.*, 133, 1-13.
- 15- Fiedelson, I. (1985). Cognitive group therapy for depression: Why and what. *Inter. J. Ment. Heth.*, 13, 54- 66.
- 16- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaporative Research Program: Where we began and where we are. In A. Bergin & S. Garfiel (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- 17- Fava, M., Bless, E., Otto, M., Pava, J., & Rosenbaum, J. (1994). Dysfunctional attitudes in major depression. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 182. (1), 45-49.
- 18- Fieve, R. (1975). *Moodswing*. New York: Morrow.
- 19- Frank, E., Kupfer, D., Perel, J., Cornes, C., Jarrett, D., & Mallinger, A. (1990). Three-Year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 47(12), 1093- 1099.
- 20- Gelenberg, A., Kane, J., Keller, M., Lavori, P., Rosenbaum, J., Cole, K., & Lavelle, J. (1989). Comparison of standard and low serum levels of lithium for

- 8- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- 9- Benporad, J. (1992). *Psychoanalytically orientated* of Affective Disorders. New York: Guilford.
- 10- Berk, S., & Efran, J. (1983). Some recent developments in the treatment of neurosis. In C. Walker et al. (Eds.), *The handbook of clinical psychology: Theory, research, and practice* (Vol. 2). Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- 11- Bower, B. (1987). What's in the cards for manic depression? The surprisingly harsh and long-lived mood swings of manic depression are charted in a closetful of cards. *Science News*.
- 12- Borne, K., & Stern, S. (1981). Antidepressant medication in the outpatient treatment of depression: Guide for nonmedical psychotherapists. *Profess. Psychol.*, 12(3), 302- 308.
- 13- Clark, L., & Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders, *J. Abnorm. Psychol.*, 103 (1), 103-116.

- 27- Hollon, S., Shelton, R., Davis, D. (1993). Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 61 (2), 270-275.
- 28- Jacobson, E. (1975). The psychoanalytic treatment of depressive patients. In: E. Anthony & T. Benedek (Eds.), *Depression and human existence*. Boston: Little, Brown.
- 29- Jamison, K. (1987). Psychotherapeutic issues and suicide prevention in the treatment of bipolar disorders. In R. Hales & A. Frances (Eds.), *Psychiatric Update: American Psychiatric Association annual review* (Vol. 6). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 30- Karor, B. (1985). Omission i review of treatment interactions. *Schizo. Bull.*, 11 (1), 16-17.
- 31- Karon, B. (1988). Cited in T. De Angelis, "Resistance to therapy seen in therapists too". *APA Monitor*, 19(11), 21.
- 32- King, L., Liberman, R., & Roberts, J. (1974). An evaluation of personal effectiveness treaining (assertive

- maintenance treatment of bipolar disorder. *New Engl. J. Med.*, 321 (22), 1489- 1493.
- 21- Gillman (1990). The oedipal organization of shame: The analysis of a phobia. *psychoanalytic Study of the Child*, 45, 357- 375.
- 22- Goodwin F., & Jamison, K. (1990). *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford Up.
- 23- Graves (1993). Living with mania: A study of outpatient group psychotherapy for bipolar. *Amer. J. Psychother.*, 47 (1), 113-126.
- 24- Hammer, C., & Glass, D. (1975). Expression, activity, and evaluation of reinforcement. *J. Abnorm. Psychol.*, 84 (6), 718- 721.
- 25- Hersee, M., Bellack, A., Himmelhoch, J., & Thase, M. (1984). Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behav. Ther.*, 15, 21-40.
- 26- Hollon S., & Beck, A. (1994). *Cognitive and cognitive-behavioral therapies and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

- 39- Kripke, D., & Robinson, D. (1985). Ten Years with a Lithium group. *McLean Hosp. J.*, 10, 1-11.
- 40- Lewinsohn, P. (1974). Clinical and theoretical aspects of depression. In P. Lewinsohn, P. Adams, & K. Mitchell (Eds.), *Innovative treatment methods of psychopathology*. New York: Wiley.
- 41- Lewinsohn, P., Arconad, M., & Teri, L. (1984). The coping with depression course. Eugene, OR: Castalia.
- 42- Lewinsohn, P., Clarke, G., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive- behavioral treatment for depressed adolescents. *Behav. Ther.*, 21, 285- 401.
- 43- Lewinsohn, P., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *J-Cons. Clin. Psychol.*, 41 (2), 261- 268.
- 44- Lewinsohn, P., Sullivan, J., & Grosscup, S. (1982). Behavioral therapy: Clinical applications. In A. Rush (Ed.), *Short-term psychotherapies for the depressed patient*. New York: Guilford.
- 45- Lewinsohn, P., Weinstein, M., & Shaw, D. (1969). Depression: A clinical-research approach. In R. Rubin & C. Franks (Eds.), *Advances in behavior therapy*. New York: Academic.

- training): A behavior group therapy. Paper presented at 31st Annual Conference of American Group Psychotherapy Association, New York.
- 34- Klerman, G., (1984). Characterologic manifestations of affective disorders: Toward a new conceptualization: Commentary. *Iniegr. Psychiat.*, 2 (3), 94- 96.
- 35- Klerman, G., & Weissman, M. (1992). Interpersonal psychotherapy. In Epaykel (Ed.), *Handbook of Affective Disorders*. New York: Guilford.
- 36- Klerman, G., Weissman, M., Markowitz, J., Click, I., Wilner, P., Mason, B., & Shear, M. (1994). Medication and psychotherapy. In A. Bergin & S. Garfiel (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- 37- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Book.
- 38- Solb, L. (1956). Psychotherapeutic evolution and its implications. *psychiat. Quart.*, 30, 1-19.

- 52- Miklowitz, D., Goldstein, M., Nuechterlein, K., & Synder, K. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch. Gen. Psychiat.*, 45 (3), 225- 231.
- 53- O'Connell, R., Mayo, J., Eng, L., Jones, J., & Gabel, R. (1985). Social support and long-term lithium outcome. *Br. J. Psychiat.*, 147, 272-275.
- 54- Pace, T., & Dixon D. (1993). Changes in depressive self-schemata and depressive symptoms following cognitive therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 40 (3), 288- 294.
- 55- Prien, R., Caffey, E., & Klett, C. (1974). Factors associated with treatment success in lithium carbonate prophylaxis. *Arch. Gen. Psychiat.*, 31, 189- 192.
- 56- Prien, R. et al., (1984). Drug therapy in the prevention of recurrences in unipolar and bipolar affective disorders: Report of the NIMH Collaborative Study Group comparing lithium carbonate, imipramine, and a lithium carbonate-imipramine combination. *Arch. Gen. Psychiat.*, 41(11), 1096- 1104.
- 46- Liberman, R., & Raskin, D. (1971). Depression: A behavioral formulation. *Arch. Gen. Psychiat.*, 24, 515- 523.
- 47- Lickey, M., & Gordon, B. (1991). *Medicine and mental illness: The use of drugs in psychiatry*. New York: W. H. Freeman.
- 48- Lorand, S. (1968). Dynamics and therapy of depressive states. In W. Gaylin (Ed.), *The meaning of despair*. New York: Aronson.
- 49- Mason, B., Markowitz, J., & Klerman, G. (1994). Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorders. In G. Klerman & M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- 50- McNeal, E., & Gimbovic, P. (1986). Antidepressants and biochemical theories of depression. *Psychol. Bull.*, 99 (3), 361- 374.
- 51- Miklowitz, D., & Goldstein, M. (1990). Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder [special Issue]. *Behav. Mod.*, 14 (4), 457- 489.

- 63- Stuartbery, M., & Stiles, T. (1991). Comparative effects of short-Term psychodynamic psychotherapy: A meta analysis. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 59, 704-714.
- 64- Fennell, E., & Lewinsohn, J. (1980). Individual and group outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. *Behav. Ther.*, 17 (3), 215- 228.
- 65- Van-Gent, E., & Zwart, F. (1991). Psychodeuction of partner of bipolar manic paitents. *J. affect.*, 21(1), 15- 18.
- 66- Weissman, M. et al. (1979). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Amer. J. Psychiat.*, 136 (4-B), 555- 558.
- 67- Weissman, M. et al. (1982). Depressed outpatients: Results one year after treatment with drugs ad/or interpersonal psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiat.*, 38, 51- 55.
- 68- Wulsin, L., Bachop, M., & Hoffman, D. (1988). Group therapy in manic-depressive illness. *Aner. J. Psychothe.*, 42, 263- 271.
- 57- Prochaska, J. (1984). *Systems of psychotherapy*. Chicago: Dorsey.
- 58- Prusoff, B., Weissman, M., Klerman, G., & Rounsaville, B. (1980). Research diagnostic criteria subtypes of depression: Their role as predictors of differential response to psychotherapy and drug treatment. *Arch. Gen. Psychiat.*, 37(7), 796-801.
- 59- Reda, M., Carpiniello, B., Scechiaroli, L., & Blanco, S. (1985). Thinking, depression, and antidepressants: Modified and unmodified depressive beliefs during treatment with amitrptylene. *Cog. Ther. Res.*, 9 (2), 135- 143.
- 60- Rush, A., Watkins. J. (1981). Group versus individual cognitive therapy: A pilot study. *Cog. Ther. Res.*, 5, 95-103.
- 61- Small, J. (1985). Efficacy of electroconvulsive therapy in schizophrenia, mania, and other disorders, II: Mania and other disorders. *Convulsive Therapy*, 1, 271- 276.
- 62- Siegel, R. (1965). Communication with depressive patients. *Contemp. Psychoanal.*, 2, 30- 35.

الفصل الثامن علاج اضطرابات الشخصية

مقدمة:

يبدو أن علاج اضطرابات الشخصية قد كان مهملًا بواسطة المعالجين المعرفيين والسلوكيين. ولكن مع مديم ديسون (Dreesen et al., 1997) والمعرفيين والسلوكيين (DSM-III, 1980) والذي فصل محور I (الحالة العقلية) من اضطرابات محور II (اضطرابات الشخصية)، قد كان يوجد إقرار متنامي بأن المرضى قد يعانون من اضطراب الشخصية وحالات مرضية وأن اضطراب الشخصية قد يؤثر في نتيجة العلاج في أولئك ذوي اضطرابات محور I. ومنذ عشرين سنة تقريباً أدى هذا التغيير الجذري إلى إبتكار العلاجات المعرفية والسلوكية في اضطرابات الشخصية والبحث الإكلينيكي في علاج المرضى الذين لديهم اضطرابات في الشخصية. وقد نشأت هذه الإبتكارات جزئياً إستجابة للإدراك بأن وجود اضطراب الشخصية ليس له بالضرورة تأثير سلبي على نتيجة العلاج الخاصة بسلسلة من اضطرابات محور II مثل الاكتئاب (Shea et al, 1990)، واضطراب الهلع واضطراب الوسواس القهري (Dreesen et al., 1997)، والرهاب الاجتماعي واضطرابات الأكل (Van Velten & Emmelkamp, 1996).

ومن منظور إكلينيكي، توجد حاجة ضاغطة لإبتكار مجالات العلاج التي تهدف إلى مساعدة المرضى الذين يفشلون في الإستجابة للعلاجات التقليدية المختصرة والذين يبقون ضعفاء في ميادين عديدة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن التقاليد التي قد تحسن السلوكيات التي يصعب البت فيها لأولئك ذوي تشخيص اضطراب الشخصية مثل إيذاء الذات وتحسين الأداء

الاجتماعى والعلاقات البينشخصية يُرحب بها ولكن تتطلب - أيضاً - تقييماً تاماً .

وقد اقترح بيك وزملاؤه (Beack et al., 1990) وسوانج (Young, 1994) أن علاجه قد تكون مشيرة لوجود اضطراب أو مشكلة فى الشخصية :

✱ يقرر المريض أو آخرون ذوو شأن (أقارب المريض) أن المشاكل قديمة العهد.

✱ أن المريض غير مدعن بشكل ثابت للعلاج .

✱ أن التقدم فى العلاج يتوقف والتغير اللاحق يبدو مسدوداً.

✱ يبدو المريض غير واع بالتأثير الذى لسلوكه على الآخرين .

✱ تكون المشاكل البينشخصية أكثر وضوحاً خلال المقابلة ومن تاريخ المرض.

✱ يعانى المريض من صعوبة فى تقرير مشاعر أو تفكير أو مشاكل معينة.

✱ يشك المعالج فى نقص دافعية المريض للتغير .

✱ تُقرر المشاكل باعتبارها طبيعية للمريض (على سبيل المثال: هذه هى التى أكونها) .

✱ قد تبدو مشاكل العميل سيئة التحديد وأقل شدة وأقل حدة .

وحديثاً، تم تركيز الانتباه على اضطراب الشخصية الحدية Borderlin Personality disorder. ويبدو أن هذا يرجع إلى طوبى هذه الاضطراب الذى له كأحد ملامحه الرئيسية سلوك مؤذ للذات - سود. والتحدى الخاص بعلاج هؤلاء المرضى قد نوقش بواسطة فروع عديدة من العلاج النفسى تشمل المعالجين ذوى التوجه السيكو دينامى، والمعالجين المعرفيين، والمعالجين السلوكيين، وأكثر حداثة المعالجين التحليليين المدفنين

(Ryle, 1997a). وقد ابتكرت كل من هذه المدارس المنفصلة للعلاج النفسى نماذجاً مختلفة لتفسير ملامح اضطراب الشخصية ومن هنا ابتكرت مجالات علاج مختلفة. وقد اقترح بعض المؤلفين أن نقص هوية واضحة هو المشكلة المركزية لدى المرضى من سراب شخصيه احديه (Ryle, 1997b) فى حين ينظر لاينهان (Linehan, 1992) إلى هؤلاء المرضى باعتبارهم يعانون أساساً من إختلال وظيفى فى التنظيم الإنفعالى. ويدرك بيك وزملاؤه (Beck et al., 1990) هؤلاء المرضى باعتبارهم يعانون أساساً من إختلال وظيفى فى الميدان المعرفى. وتلعب معتقدات الفرد وإفترضاته دوراً مركزياً فى التأثير على إدراك وتفسير الأحداث وفى تشكيل كل من الاستجابات السلوكية والانفعالية .

النموذج الدينامى لاضطراب الشخصية :

توجد نماذج دينامية مختلفة كثيرة بالنسبة لفهم اضطراب الشخصية، وكانت قد درست فى اضطراب الشخصية الحدية لأكثر من ٦٠ سنة (Stern, 1938). وبالإضافة إلى التفسيرات الفرويدية الأصلية للنمو والتى توقفت عند المراحل القمية والشرجية والتناسلية من النمو لتفسير أنماط الشخصية الاعتمادية والحوازية والهستيرية، فقد كانت توجد محاولات مستمرة لربط النمو فى الطفولة باضطراب الشخصية فى حياة الراشد.

واشتملت نظرية بولبى Bowlby الخاصة بسلوك التعلق Attachment behaviour (Bowlby, 1973) على الفرض بأن قلق الانفصال الذى لم يُحل سوف يؤدي إلى الغضب واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع التالى، ولكن هذا لم يُدعم بأى دراسات إمبريقية. وابتكر بيبامين

(Benjamin, 1993) نظرية بينشخصية للنمو التي تُعد كتحليل بنائى للسلوك الاجتماعى، يظن فيها أن الخبرات المبكرة تكون ذات أهمية رئيسية فى تكوين سمات شخصية الراشد، وعن طريق نمو مباشر واضطراب الشخصية. ... إلى تكرار نفسها لدى تطور شخصية الراشد .

وقد كان لكيرنبرج (Kernberg, 1984) تأثيراً رئيسياً فى وصف تنظيم الشخصية الخاص بالناس ذوي اضطراب الشخصية الحدية. ... فإن هؤلاء ذوي اضطراب الشخصية الحدية لديهم رد فعل منتشر غير مرشح للخبرة التى تمنعهم وضع المحنة فى المنظور ويخلقون بذلك أزمة .

التناول العلاجى للمجتمع:

Therapeutic Community treatment

بالرغم من أنه كان يوجد نمو فعال فى المستشفيات النفسية بين السنوات المبكرة من القرن التاسع عشر والسنوات المتوسطة من القرن العشرين فلم يشر هذا بالضرورة إلى الرضا بهذا النموذج من الرعاية، وبالرغم من أن مفهوم «الدخول إلى المستشفيات» قد يبدو حديثاً نسبياً (Manning, 1959) فإن القلق الخاص بالتأثيرات المدمرة للمستشفيات العقلية على المرضى لم يسهل تبينه على نحو أكثر. وبصفة خاصة، تم تبين العناصر السيئة والتهديدية الخاصة بالمستشفيات العقلية منذ السنوات الأولى من القرن العشرين (Manning, 1989).

كما قد يوجد بعض التشويش الخاص بالإصطلاح «مجتمع علاجى» Therapeutic community. وفى هذا الفصل نشير فقط إلى شكل مكثف من العلاج تكون فيه كل ناحية من البيئة جزءاً من محيط العلاج والذى يمكن أن يتم فيه التحدى وتعديل السلوك ، بصفة خاصة خلال ميكانيزم التعليم والاستفسار .

وحدد رابو پورت (Rapoport, 1960) أربعة مبادئ لهذا النمط من المجتمع العلاجى، والاختيار الديمقراطى، والتسامح، ومواجهة الحقيقة. وتم الحفاظ على هذه المبادئ عن طريق الأداء لأنماط مختلفة من التفاعل بين المرضى والهيئة كمجموعات وأفراد ، وبصفة خاصة خلال المقابلات اليومية للمجتمع المحلى، التى يُطلب فيها من كل الأعضاء الحضور. وزاد هيج (Haigh, 1999) خمسة مبادئ كبيرة للمجتمع العلاجى، هى التعلق أو الشعور بالاشتياق، والإحترام أو الشعور بالأمان، والاتصال وثقافة الانفتاح، والإنغماس والمشاركة، ووكالة وتطور التفويض. ولهذه كذلك متوازيات فى النماء الإنسانى. وهذه يمكن أن تتحقق تماماً فقط فى محيط داخلى للمرضى تحترم فيه الثقة على نحو أساسى مثلما تكون «تقنية مطهرة للجراحة» asptic technique is to surgery (Campling, 1999) وتختلف هذه الأهداف المحتضنة تماماً والطموحة عن مجالات أخرى بُذلت فيها محاولات لمنع التجريد من الصفات الإنسانية بالمستشفيات العقلية عن طريق خلق جو علاجى وديمقراطياً عاماً - وربما يكون أفضل تعريف للمجتمع العلاجى فى محيط علاج اضطرابات الشخصية هو بيئة اجتماعية مصممة بشكل شعورى وبرنامج فى نطاق وحدة إقامة أو يوم واحد تُسخر فيها العملية الاجتماعية والجماعية للعلاج (Roberts, 1997)

النماذج المعرفية لاضطراب الشخصية :

ينظر بيك وزملاؤه (Beck et al., 1990) إلى سمات الشخصية باعتبارها تعكس إستراتيجيات تُوصف كأشكال من سلوكيات المبرمجة مصممة لتحقيق الأهداف السهلة حصة للقاء، التناسل، وتضمن هذه السمات معرفية، ووجدانية، ودوافع مستثارة تؤدي إلى نماذج من سلوكيات سطحية طورت خلال التفاعل بين الأبنية المحدد جينياً والخبرة. ويُفترض أن الإنسان الطبيعي قد أدى إلى ملائمة بين السلوك المبرمج والبيئة، ونتيجة لذلك، يسهلون النماذج المبرمجة إما متكيفة أو سيئة التكيف اعتماداً على الظروف .

وفي بيئة تتغير بسرعة قد يوجد سوء مضاهاة (تطابق) بين هذه الإستراتيجيات التلقائية والبناء الاجتماعي والتنظيمي للبيئة، وتشرح «بيك وزملاؤه» (١٩٩٠) أن الملائمة السيئة قد تكون عاملاً في تطور نموذج معرفي ووجدانية ودافعية وسلوكية واضحة نشخصها كاضطراب شخصية.

ويضع «بيك وزملاؤه» (١٩٩٠) أهمية مركزية على مفهوم الصيغ Schema. والصيغ هي أبنية ثابتة من المعرفة تمثل قواعداً معينة تؤثر في معالجة المعلومات. ولا تحدد الصيغ فقط الطريقة التي ينتبه فيها الفرد إلى المعلومات القادمة من البيئة ويعالجها، ولكنها سوف تحدد كذلك نوع عملية الصيغ خلال سلوك واضح، ومثل الصيغ المعرفية، يقترح «بيك وزملاؤه» (١٩٩٠) أن الصيغ الوجدانية والدافعية الخاصة بالعمل والتحكم تتفاعل مع بعضها الآخر وتنتج نماذجاً معينة من التفكير والانفعال والفكرة التي يمكن أن تكون سمة من اضطراب الشخصية. والمثال أدناه الخاص بالطريقة التي تتفاعل بها فرد لديه اضطراب شخصية مضادة للمجتمع على موافقة زملاؤه عمل توضح كيف أن هذه الصيغ تتفاعل، وهذا ما يوضحه الجدول (٢) .

جدول (٢)

الصيغ ذات العلاقة المتبادلة لدى الشخص
ذو اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

الصيغ	
معرفي	أنا أفضل وأقوى من أشخاص آخرين .
(ذات/آخري)	
وجداني	غضب (إذا أعيق)، سرور (إذا تحقق الهدف)
تصرفي	السعي لتحقيق أهداف خاصة عن طريق تفويض الآخرين.
حكمي	(يُقدر موقف باعتباره مخاطرة منخفضة، وبهذا لا تصبح عملية الكبح إجرائية) .
دافعي	أستطيع الحصول على ما أريد من الآخرين

ولأن هذه الصيغ ذات علاقة متبادلة، فإنه يتبع هذا أن في اضطراب الشخصية نماذج معينة من السلوك تكون مفرطة في التطور ونماذج أخرى منخفضة في التطور. على سبيل المثال، يتميز اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع من ناحية بالميل للسلوك كمفترس عن طريق إبتزاز الآخرين والتصرف بشكل عدواني، ومن ناحية أخرى، يبدو قصور نسبي في السلوك يمكن أن يُوصف كحساس من الناحية الاجتماعية ومراع لحقوق الآخرين ومتبادل للعواطف .

نموذج بيك وفريمان المعرفى الخاص باضطراب الشخصية (١٩٩٠) Beck and Freeman's Cognitive model of personality disorder (1990).

يركز العلاج المعرفى مع المرضى ذوى اضطراب الشخصية على تغيير الصيغ والسلوكيات سيئته التكيف. وغالباً ما يجد ان المرضى ذوى اضطراب الشخصية يعتقدون ثلاثة إعتقادات سائدة سيئة التكيف باعتبارها مركزية للاضطراب: هى، (١) أتنى غير مقبول من الناحية الوراثية، (٢) أتنى عاجز ومستهدف، (٣) أن العالم خطر وحاقد. ويُفترض أن هذه الاعتقادات تفسر الإحساس الموروث للمرضى الحديين بأن العالم مهدد وشعورهم بالعجز وعدم الأمن الذى يؤدي إلى تذبذب بين الاعتماد على الآخرين والإستقلال بدون إستراتيجية فعالة أو موثوق فيها تماماً. ويوجد عامل معرفى يُظن أنه هام هو ميل المريض البينى للتفكير بشكل ثنائى. وتقيم الخبرات فى فئات إستثنائية بشكل مشترك مثل سىء أو جيد أو جدير بالثقة أو غير جدير بالثقة. وهذا النمط من التشوه المعرفى أو الخطأ يجبر حينئذ على تفسيرات متطرفة بالنسبة للأحداث التى يمكن أن يُنظر إليها فى غير ذلك باعتبارها تقع على متصل. ويبدو هذا التفسير الأسود والأبيض لنتائج الخبرة فى استجابات انفعالية وسلوكية متطرفة للأحداث .

ومقارنة بالعلاج المعرفى مع المرضى ذوى اضطرابات المحور (I) فإن العلاج المعرفى للمرضى باضطرابات الشخصية يضعون أهمية أكبر على العمل مع الصيغ المعرفية المختلفة وظيفياً للمريض. ويعمل فصل بين المعتقدات الرئيسية أو الصيغ التى يُعبر عنها بعبارات غير شرطية مثل «إنى سىء».

وإفتراضات مختلة وظيفياً يُعبر عنها بعبارات شرطية مثل «إذا لم ينجح أطفالى، سأكون أم فاشلة» .

على سبيل المثال، قد يعتنق المريض المكتئب إفتراضاً مختلاً وظيفياً مثل «إذا لم يحببنى الآخرون، فلا قيمة لى» فى حين أنه فى اضطراب الشخصية تأخذ هذه الإتجاهات صورة إعتقادات اساسية تشمل قواعد غير شرطية مثل «أنا لاقيمة لى» و«كل شخص يتولى أمر نفسه». وفى اضطراب الشخصية يُعتقد أن الصيغ الرئيسية سيئة التكيف تكون «مفرطة التكافؤ» Hypervalent وتستشار عبر مواقف كثيرة. ويؤدى هذا إلى أن تكون الصيغ مفرطة التعميم وغير مرنة ومقاومة للتغير. وهذه المبالغة فى الصيغ تمثل الفرق بين الشخصية السوية والشخصية المضطربة. ويهدف العلاج المعرفى إلى تناول هذه الإعتقادات الرئيسية غير الشرطية والجامدة .

نموذج الصيغ سيئة التكيف المبكرة الخاصة بيونج (١٩٩٠)

The early maladaptive schema model of young (1990) لقد نشأت بعض الفروق فى التأكيد بين النماذج المعرفية لاضطراب الشخصية. وقد قدم يونج (Young, 1990) مستوى رابع للمعرفة والصيغ المبكرة سيئة التكيف فى صيغته التى تركز على العلاج. وهو ينظر إلى الصيغ المبكرة سيئة التكيف باعتبارها موضوعات ثابتة ودائمة تنمو خلال الطفولة وتكون محكمة طوال مدى حياة الفرد. وتهتم هذه الصيغ سيئة التكيف بموضوعات تتعلق بالذات والعالم والآخرين مثل التهيج المفرط والكبح. ويصف «بيك وزملاؤه» (١٩٩٠) الصيغ فى اضطرابات الشخصية باعتبارها إعتقادات رئيسية يُظن أنها تنشأ من تفاعل بين خبرة الطفولة والنماذج سابقة

البرمجة للسلوك والاستجابات البيئية. وتحكم الصيغ في معالجة المعلومات، والتحفيز في عملية الصيغ يؤدي إلى فروق في العمل السلوكي. كما يقترح «بيك وزملاؤه» (١٩٩٠) أن الأفراد المضطربين في الشخصية قد يعانون - أيضاً - من إختلال في إستراتيجيات ضبط الذات التي تؤدي إلى الإندفاع ربيع مرط

واقترح يونج (Young, 1990) أن الصيغ المبكرة سيند التكيف تُدعم عن طريق ثلاثة أنماط مختلفة من العمليات، هي: الاحتفاظ وتجنب وتعويض الصيغ. ففي الاحتفاظ بالصيغ، تشوه المعلومات لتضاهي المعلومات عن طريق أخطاء معالجة المعلومات مثل الاستدلال التعسفي والتقليل إلى أدنى حد. ويُستخدم تجنب الصيغ لوصف العملية التي بها أفكار وإنفعالات غير سارة قد تحول وصولاً كاملاً إلى صيغ سلبية يتم تجنبها خلال مناورات سلوكية ومعرفية وإنفعالية، وهذا يمنع الفرد من خبرة الصيغ ومن ثم أي فرصة لتعديل محتوى الصيغ عن طريق عدم تأكيد الخبرات. ويُوصف تعويض الصيغ باعتبارها عملية تبنى وقفات مضادة معرفية وسلوكية يتم التنبؤ بها من محتوى مجر للصيغ. ولأن هذا يعمل حينئذ على الاحتفاظ بالصيغ، فلا يمكن أن يأخذ مكاناً أي تعديل في المحتوى الخاص بالصيغ .

نموذج لينهان الجدلي الخاص باضطراب الشخصية الحدية (١٩٩٣):

Linehan's dialectical model of borderline personality disorder (1993).

ينظر لينهان (Linehan, 1993) إلى اضطراب الشخصية الحدية . كل أساسى باعتباره اختلالاً وظيفياً للتنظيم الانفعالى الذى يُفترض أنه قد ج

من شذوذات بيولوجية مصحوبة ببيئات مختلفة معينة. ويُظن أن أشخاص مهمين آخرين يدعمون هذا الإختلال بتقليل أو تعجيز خبراتهم الانفعالية. ويُنظر إلى المرضى باضطراب الشخصية الحدية باعتبارهم مستهدفين إنفعالياً وأن لديهم صعوبة في تنظيم نماذج الاستجابات المرتبطة بالحالات الإنفعالية. ويُعتقد أن السلوكيات سيئة التحيف التي تحون جزءاً من رمله الاعراض الحدية أنها محاولات بواسطة الفرد لتنظيم حالات إنفعالية شديدة من خلال إستراتيجيات لحل المشاكل. والعلاج الجدلي للسلوك، كما يشير اسمه، يحتوى في نطاقه على فكرة المتضادات: موضوعات عامة تبرز في العلاج مع المرضى الحديين، مثل قبول الأشياء كما هي، وقد يبدو التغير غير متسق ولكن يجتذب معاً في العلاج .

علاج رايل التحليلي المعرفي لاضطراب الشخصية الحدية (١٩٩٧ب):
Ryle's cognitive analytical therapy for borderline personality disorder (1997b)

يقترح هذا التوسع الحديث للعلاج المعرفي بأن المرضى ذوي اضطراب الشخصية الحدية يعانون من الخبرة الذاتية الخاصة بسلسلة من «الحالات الذاتية» Self states المفككة جزئياً والتي تفسر الملامح الإكلينيكية لهذا الاضطراب (Ryle, 1997 a). ومثل هؤلاء المرضى، على سبيل المثال، قد يتصفون بالانتقال من حالة عقلية إلى أخرى ويخبرون حالات من الإنفعالات الكثيرة غير المنضبطة أو مشاعراً مشوشة بشكل بديل أو قطع خاص بالانفعال. ويُعتقد أن الحالات التفككية تحدث بداية إستجابة للتهديدات الخارجية التي

لا يمكن إدارتها والإبقاء عليها عن طريق تكرارات التهديد والتأثيرات الداخلية مثل الذكريات أو المواقف المماثلة للمصدر الأصلي للتهديد. يعتقد أن المرضى الحديين لديهم علاقات تعسفية (إساءة) وإهمال خبروها في الطفولة وإدماج إجهاد واسع من سوء معاملة يسمى دسفيديا. سمات الذنب والقلق أو تؤدي إلى سلوكيات أعراضية Symptomatic behaviours. ويُنظر إلى المرضى الحديين كممتلكين لعيوب في الاستبطان تنتج عن مشردات إنفعالية مختلفة وضيق التركيز الخاص بالانتباه، ويخبرون بتمزقات في الاستبطان مثل تلف الإحساس المتناسك بالذات والآخرين.

العلاجات النفسية الاجتماعية لاضطراب الشخصية

Psychosocial Treatment for Personality Disorder

العلاج النفسي الدينامي: Dynamic Psychotherapy

نظر العلاج النفسي الكلاسيكي منذ زمن فرويد Freud ويونغ Young إلى علاج اضطرابات الشخصية على أنه عنصر أساسي في العلاج. ومع ذلك، فمن الأوصاف الكلاسيكية يتضح أن المحللين النفسيين كانوا يعالجون على نحو أساسي الاضطراب العصبي مع مرض مرتبط بالشخصية (من مجموعة ج) عند علاج اضطراب الشخصية على نحو مزعوم. ولم يوجد دليل على كفاءة علاج اضطراب الشخصية بذاته بالنسبة لهذا المجال حتى حديثاً، وحتى الآن فإن رأى أندروس (Andrews, 1991) بأن العلاج النفسي الدينامي لم يتضح أنه أفضل من الدواء الرهيمي Placebo في علاج الاضطراب واضطرابات الشخصية، ويُحتمل أنه الرأي المتفق عليه على نحو اجتماعي.

ومع ذلك، قد كان يوجد إهتمام جدير بالإعتبار بالعلاج النفسي الدينامي لاضطراب الشخصية الحدية في العشرين سنة الماضية. وكما هو معروف، فإن اضطراب الشخصية الحدية ليس نمطياً خاص باضطرابات الشخصية الأخرى وغالباً ما يسمى "اضطراب الشخصية الحدية". كما أن المرضى الحديين يعانون من مشردات إنفعالية، فإن العمليات العادية للتحليل النفسي، التي تتضمن التأويل، والطرح ومقابل الطرح، لا تعتبر مناسبة لهذه المجموعة وإنما هناك حاجة إلى مجالات أكثر خداعاً (Higitt & Fonagy, 1992).

وقدم كيرنبرج وزملاؤه (Kernberg et al., 1972) في عيادة مينينجر Menninger Clinic دليلاً بأن المجال الدينامي الذي لم يكن مدعماً ولا توجيهياً بشكل صريح ولكنه هدف إلى أن يتوصل إلى المرض النفسي الجوهري للمرضى، الذي يعتبر أنه إستهلاكي ومشوش والذي يمكن أن يتحول بسرعة إلى عدوان. وقد ابتكر هذا المجال، العلاج التعبيري، بشكل إضافي بواسطة ماسترسون (Masterson, 1976) كعلاج نفسي متحد يتوقع غالباً وجود الصعوبات عندما يتوقف العلاج. ويتبنى كوهات (Kohut, 1975) مجالاً يحدد الأداء الداخلي للشخصيات الحدية والنرجسية وكيف تتطور في إستجابات إلى الصدمات في الطفولة والمراهقة. ولم يُقوّم رسمياً أى من هذه المجالات مع مجموعة ضابطة.

والتقويم الرسمي الوحيد لصورتين من العلاج النفسي الدينامي - علاج نفسي دينامي قصير المدى وعلاج نفسي تكيفي - تم تنفيذها بواسطة وينستون وزملائه (Winston et al., 1991) ولكنه إستثنى بصفة خاصة المرضى المصابين بمرض حدي ونرجسي. ولم توضح النتائج بصفة أساسية فروقاً بين

العلاجات، ولأن كلاهما كان أفضل من المجموعة الضابطة لقائمة الانتظار فإنه يُقترح أن هذين المجالين لهما بعض القيمة. كما يتم تقييم العلاجات المعرفية باستخدام مجالات مماثلة بمستشفى كاسل Cassel Hospital في الملكة المتحدة بواسطة تشيبسا وزملاؤه. Chiesa et al .

العلاج التحليلي المعرفي: Cognitive analytical therapy

يهتم العلاج التحليلي المعرفي بوصف الحالات النفسية المختلفة ومساعدة المرضى على تحديد «الإجراءات المتبادلة للأدوار»، التي هي نماذج من العلاقات التي يتم تعلمها في الطفولة المبكرة والتي تكون مقاومة نسبياً للتغيير (Ryle, 1997b). ويتم تعليم المريض أن يلاحظ ويحاول تغيير النماذج المتلفة للتفكير والسلوك التي تتعلق بهذه الحالات الذاتية وأن يصبح أكثر وعياً بالذات. ودور المعالج هو جمع معلومات عن خبرة المريض الخاصة بالعلاقات والحالات المختلفة التي يخبرها المريض. وأي ردود فعل للطرح المضاد يخبرها المعالج تعتبر بيانات نافعة كأنها توجد مع المريض أو استجابة متبادلة لسلوك المريض الواضح أو الخفي. وتحديدنا وتسميتنا هذين بشكل ملائم، فإن الأخيرة يُفترض أنها تساعد على الإبقاء على إخلاص العمل مع المريض وتحديد الحالات الذاتية المختلفة للمريض، فإن مهمة المعالج هي مساعدة المريض على أن ينظم بشقة هذه الحالات ويشجع المريض على أن يصبح واعياً بهذه الحالات المنفصلة بدون تفكك .

وبالرغم من أن تطبيق العلاج التحليلي المعرفي بالنسبة للمرضى ذوي اضطرابات الشخصية الحديثة لم يتم مقارنته بعلاجات نفسية أخرى ولا توجد

دراسات منشورة متاحة في هذا الوقت، فإن رايل (Ryle, 1997 a) يقترح من التجربة الخاصة بعلاج أكثر من ٣٠ مريضاً أن هذه الصورة من العلاج النفسي تُبدى أملاً .

العلاج السلوكي الجدلي: Dialectical behavior therapy

العلاج السلوكي الجدلي هو برنامج علاج موجز للمرضى ذوي اضطراب الشخصية الحديثة يتضمن علاجاً نفسياً فردياً كل أسبوع وتدريباً على المهارات السلوكية الجماعية النفسية التربوية. وبالإضافة إلى ذلك، يتلقى المرضى إستشارة تليفونية من معالجهم، ويتكون العلاج من مجموعة متنوعة من تقنيات حل المشاكل التي تشمل تعليم العميل مهارات للمساعدة على تنظيم الانفعالات، وتحمل الأسى، وطرق لتأييد مدركات المريض، وصور سلوكية ونفسية خاصة بمهارات المداواة. كما أن المعالجين مدربون على إدارة الحالة .

ويعرف لينهان Linehan مهارات رئيسية خاصة بالانتباه تهدف إلى تعليم المريض أن يلاحظ، ويصف ويشارك في الأحداث والاستجابات للأحداث بدون فصل الشخص لنفسه أو ما يحدث من تفكك. ويشجع العلاج السلوكي الجدلي المرضى على أخذ مجال غير حكيم للأحداث والتفاعلات وأن يقوم بما هو فعال في المواقف أكثر مما يشعر به المريض بأنه الشيء الصائب الذي يقوم به.

Schema - focused cognitive therapy

يهدف هذا العلاج المعرفى إلى تحديد وتعديل الصيغ المبكرة سببنة التكيف والسلوكيات التي تؤدى إليها الصيغ، ويوصف بأنه نموذج كامل ومفصل لتاريخ المريض الخاص بالمشاكل والأعراض والاستخدامات استبيانات مثل الإستهبان الخاص بالصيغ (Young, 1990). واستبيان لازاروس الخاص بتاريخ الحياة المتعدد الأشكال (Lazarus & Lazarous, 1991) لتقديم صيغ سائدة سببنة التكيف ومشاكل سلوكية طال أمدها. ويتضمن العلاج ثلاث يركز على الصيغ تعليم المرضى عن الصيغ وزيادة التوقع لدى المريض بأن صيغه ستكون صعبة التغير وأنها ستقاوم من خلال معلومات مشوهة بشكل سيئ. ويبنى للبقاء على إعتقاداته عن نفسه وعن العالم. ويفاضل بين الصيغ الأولية والثانوية، ويقترح أنه من المهم التركيز على تغيير صيغة أو صيغتين أوليتين بداية فى العلاج. وتحدد الصيغ الأولية إكلينيكيًا بتلك التي ترتبط بمستوى مرتفعة من الوجدان، ترتبط بمشاكل ثابتة وشاملة وترتبط عن قرب بالمشاكل النماية للمريض مع آخرين هامين. وتوصف وقفة فى العلاج باعتبارها «مواجهة ذات تقمص عاطفى» Empathic confrontation. ويستخدم العلاج ثلاث يركز على الصيغة مصطلحات مثل القتال والمكافحة مع الصيغ لوصف درجة التحدى والمقاومة المطلوبة لإنتاج تغير فى الاعتقادات غير الشرطية. قيمة الذات والعالم.

وبالإضافة إلى تعليم المرضى عن الصيغ ومواجهة تجنب وتعويض صيغ، يركز علاج «يونج» على تحديد وتفسير السلوكيات التي تقودها صيغ. والصيغ البينشخصية التي تهتم بموضوعات مثل الاعتماد أو عدم الثقة التي

تنشأ فى نطاق العلاقة العلاجية يتم تقويمها وتعتبر دريئات مشروع للعلاج. وفى علاج اضطراب الشخصية كان على العلاج المعرفى أن يأخذ فى الإعتبار مفهوم الطرح فى نطاق العلاج. وبالرغم من أن العلاقة العلاجية قد كانت تعتبر دائماً شكلاً هاماً من العلاج، إلا أنه يعطى - الآن - إنتباهاً أكثر بكثير، ويحتمل أن يؤدى هذا إلى زيادة الاعتراف بالعوامل السببية ونوع ونمط المعالجة والإخلاص فى العلاج.

العلاج المعرفى لاضطرابات الشخصية :

Cognitive therapy for Personality disorders

بالرغم من وجود فروق هامة عديدة بين العلاج المعرفى لاضطرابات محور (I) ومحور (II)، فإنه توجد ملامح مشتركة كثيرة. وكما فى العلاج المعرفى بالنسبة لاضطرابات الشخصية يكون علاجه موجهاً نحو هدف، وحلاً للمشاكل يهدف إلى تعليم المريض مهارات معينة معرفية وسلوكية يُظن - أيضاً - أن تكون نافعة فى الوقاية من الإنتكاسة. ويكون التركيز فى العلاج على تحديد المشاكل الحالية للمريض، وتحديد الهدف، وتعديل التفكير الإختلالى والسلوك الذى يصعب البت فيه ويتداخل مع ويعوق الأداء التكيفى. ويعلم الإكلينيكي المريض أن يحدد ويعدل الأفكار والإعتقادات المختلة وظيفياً عن طريق إستخدام تقنيات معرفية معينة مثل الشك السقراطى Socratic Questioning.

وتم التأكد من وجود فروق عديدة فى العلاج المعرفى بين اضطراب محور (I) واضطراب الشخصية عن طريق المعالجين المعرفيين (Davidson, 1998) (Beck, 1996; Young, 1990; Beck et al., 1990). وأحد هذه الفروق

تكون على التأكيد والانتباه المركزين على العلاقة العلاجية. ففي العلاج المعرفي لاضطراب الشخصية، يوضع تأكيد أكثر على تأسيس والاحتفاظ بالعلاقة العلاجية لأن الصعوبات الخاصة بحياة المريض التي تنشأ خارج العلاج من الاعتقادات سيئة التكيف للمريض عن نفسه وعن الآخرين. واحد أهداف العلاج المعرفي مع المرضى ذوي اضطراب الشخصية هي استخدام هذه الصعوبات البنشخصية في العلاج عن طريق تقييم وتعديل الاعتقادات التي تكمن وراءها عن الآخرين والعلاقات في حد ذاتها .

ويشجع المعالج المريض على فحص إعتقاداته وفروضه عن الآخرين باستخدام العلاقة العلاجية كمعمل للعلاقة وتعلم إستراتيجيات جديدة أكثر تكيفاً في علاقته بالآخرين .

ومقارنة بعلاج اضطراب محور (1)، فإن العلاج المعرفي مع الأفراد ذوي اضطراب الشخصية يفترض أن يأخذوا جلسات أكثر ويجتازوا إصاراً زمنياً أطول بسبب الطبيعة طويلة العهد لصعوبات المريض وجمود وعدم مرونة الاعتقادات والاستجابات السلوكية للمريض. وبالرغم من أن بعض المرضى ذوي اضطراب الشخصية يمكن أن يتبينوا الصعوبات، فإنهم يخبرون بالمشاكل باعتبارها ثابتة و«تماماً نفس الطريق الذي أعبره» «the way I am» ونتيجة لذلك، فإن إعتقادات جديدة بديلة وأكثر تكيفاً للذات والآخرين والعالم تحتاج إلى أن يتم تحديدها وتقييمها بوضوح . أجل تكيفهم. وتتطلب هذه الاعتقادات البديلة الأكثر تكيفاً أن تُعرض

وتُعلم بشكل منهجي، وتحتاج سلوكيات وطرق جديدة وذات علاقة بالآخرين إلى أن تمارس بشكل متكرر إذا كان للتغيرات أن تُدعم (Davidson & Tyrer, 1996). ومن أجل أن تحتل هذه التغيرات مكاناً، فإن المعالج يتحمل أن يكون عليه توجيهاً أكثر مباشرة في بعض الأوقات وسيكون أكثر إهتماماً بتحديد ومقاومة التجنب المعرفي والانفعالي والسلوكي الذي يمنع أو يؤيد الإعتقادات الرئيسية. وحيث أن هذه النماذج سيئة التكيف الخاصة بالسلوك والاعتقادات يحتمل أن يرجع أصلها إلى خبرة الطفولة، فإن العلاج المعرفي بالنسبة لاضطرابات الشخصية سيكون أكثر إهتماماً بالبيانات التاريخية من العلاج المعرفي لاضطرابات محور (I). كما تبدو واضحة في العلاج المعرفي لاضطرابات الشخصية حاجة المعالج لأن يكون إبتكارياً في تنمية تدخلات سلوكية ومعرفية لاختبار صدق إعتقادات المريض الرئيسية سيئة التكيف، ويطلب من المرضى أن يحفظوا سجلات الأداء لتسجيل طرق جديدة للسلوك وهم يحاولون تغيير سلوكياتهم المستثارة بالصيغ، وأن يحتفظوا بسجلات مؤيدة تدعم إعتقاداتهم الأكثر تكيفاً عن أنفسهم وعن الآخرين (Padesky & Greenberger, 1995) .

وبالرغم من أن معظم التقنيات المستخدمة لتغيير الاعتقادات تركز على المكان والزمان الحاليين، فإن المنظورات التاريخية والتطورية قد إبتكرت لتساعد في إعادة فحص الإعتقادات الرئيسية والإنفعال المرتبط بها. وتتبع مراجعة «يونج» التاريخية للصيغ وتطور وتدعيم الصيغة عن طريق إستدعاء الذكريات التي تُدرك بواسطة المريض لتكون متعلقة باعتقاده الرئيسي (Young, 1990)، وإعادة بناء معنى الذكريات الأسبق باستخدام السيكدوراما

المعالج قد كانت فى العادة سلوكيات أو أفعال غير مشيرة لاضطراب الشخصية
أكثر من التغير فى سمات الشخصية .

فاعلية العلاج المجتمعى :

عملت العلاجات المجتمعية بأنظمة ثلاثية الإحالة فى الرعاية الصحية
منذ بدايتها منذ سنوات كثيرة (Jones, 1952, 1965) . ويحال المرضى إلى
وحدات أخرى فى منطقتهم كخطوط أولى وثانية للعلاج، ولكن بعض الحالات
تهرب على صعوبتها بصفة خاصة (وتجلب فى العادة قدراً كبيراً من الإنفاق)
ويُرجع إلى العلاج المجتمعى غالباً كملاذ أخير أكثر من مصدر أولى. ويُقبل
أولئك الذين يحاولون بداية على أساس سلوكهم وقبول العلاج المجتمعى
الديمقراطى، وليس كنتيجة لأى معايير تشخيصية سابقة التحديد. وبالرغم
من هذا، فإن معظم العلاجات المجتمعية تنظر إلى نفسها كمتخصصة فى علاج
الناس ذوى اضطرابات الشخصية الشديدة. وفى هذا السياق، يكون من المهم
ملاحظة أن تعريف اضطرابات الشخصية الشديد لم يصف عليه الصفة
الرسمية.

وقد استخدمت دراسات فى مستشفى هندرسون Henderso hospital
أدوات تسجل اضطراب الشخصية طبقاً لأنظمة تشخيصية معيارية (أساساً
دليل التشخيص الإحصائى للاضطرابات العقلية (DSM) مع الاستبيان
الخاص باضطراب الشخصية (PDQ-IV (Hyler, 1994) والمستخدم لتسجيل
نفسه الشخصية. وبالرغم من أن هذا ليس له فئة بالنسبة للاضطراب
الشديد للشخصية، فحقيقة أن متوسط عدد تشخيصات اضطراب
الشخصية، تلك المقبولة بواسطة مستشفى «هندرسون» أكثر من أربعة

(Edwards, 1990) قد وصفت باعتبارها مفيدة من حيث أن التأثير الإنفعالى
للصيغة يمكن أن يُستشار ويُفترض أن هذا يسمح بالتغيرات فى، أو إعادة
تقويم، الاعتقاد الرئيسى للحدوث على نحو أكثر استعداداً.

ويشترك نموذج بيك وزملاؤه (Beck et al., 1990) فى لنهان
(Linehan, 1993) الإكلينيكي الخاص باضطراب الشخصية فى محاولة
لتكامل عوامل بيولوجية ونفسية اجتماعية. وتوضع جميع نماذج العلاج أهمية
بناء علاقة علاجية آمنة ولكن موضوعات الطرح ومقابل الطرح فى العلاج ربما
لم يتم تناولها بعد بطريقة كافية عن طريق إستراتيجيات العلاج الحالية
باستثناء علاج رايل (Ryle, 1997 b) الخاص بالتحليل المعرفى. ومع ذلك،
فالمعالجون المعرفيون عليهم أن يبتكروا نموذجاً معرفياً لردود الأفعال هذه
التي قد تتداخل مع الهدف الخاص بتنمية علاقة تعاضدية ناجحة.
والعلاج المعرفى لاضطراب الشخصية تجريبى فى المجال. وبالرغم من أن
المشاكل الواضحة للمريض هى المحور الأولى للعلاج، فإن المعالج يستخدم
فروضا عن الميكانيزمات الأساسية التى تدفع هذه المشاكل للمساعدة فى الفهم
(Persons & Bertagnalli, 1994). وتخول هذه الصياغة للعلاج أن يتقدم
بإستراتيجية متماسكة أكثر من إتباع تدريجى للأعراض والمشاكل. مع ذلك،
يساعد إبتكار النماذج المعرفية لاضطراب الشخصية فى فهم هذه المجموعة من
المرضى المتنوعين فى الغالب ويقدم إطار تصاغ فيه المشاكل والتدخل

هل يوجد دليل على أن التدخلات النفسية الاجتماعية فى
إلى هذا الحد، نُشرت دراسات قليلة تشهد بفاعلية العلاج النفسى
الاجتماعى فى اضطراب الشخصية. وفى حين تم نشر الدراسات، فإنها تترك

(Norton & Hinshelwood, 1996) يوحى بأن أولئك المحالين يعانون من اضطراب شديد.

والعلاج المقدم منحاز تماماً ضمن وصف العلاج النفسي الجماعي. ولأنه توجد مجموعات كثيرة مختلفة تستمر في الذهاب طوال الوقت، تُراقب عن قرب، فإنه يمكن القول بأن المرضى في حالة علاج جماعي دائم وهم في المستشفى، وبصفة عامة لا يوجد علاج نفسي فردي مقدم لأن هذا يقوض Undermine المجالات الجماعية. وطول الإقامة متغير ولكنه يستمر فظياً حوالي ٧ شهور .

دليل الغاعلية :

لم تكن توجد محاولات ضابطة عشوائية للتدخل العلاجي للمجتمع في اضطراب الشخصية. ولم يوجد سبب أساسي لعدم إمكان استخدام مثل هذه المحاولات في مثل هذه المحيطات. وأن أربع صعوبات رئيسية - مشاكل أخلاقية، ونقص مقاييس عواقب موضوعية، ومقاومة من الميدان أو مقاومة لمقارنة علاجات - محددة بواسطة ماك فيرسون (Mc Pherson, 1994) لا توجد حقيقة في هذه المحيطات. حقاً، إن إحدى النواحي الإيجابية للعلاجات المجتمعية في السنوات الحديثة قد كان قبولها الاحتضان سلسلة من منهجيات البحث في تقويم نجاح العلاج. والصعوبات الرئيسية - فوق المخصص العشوائي لبرامج علاج المرضى (واضعين في الذهن - الآراء الديمقراطية للمقيمين في إنتقاء الأفراد هي جزء رئيسي من البرنامج) - لتعدل المرتفع للإتهاك مع العلاج (الذي يجعل الحالة بالنسبة لمحاولة عملية أكثر منها تفسيرية)، وبعض الصعوبات في إنتقاء المقاييس الصائبة .

وشملت كل الدراسات دراسات جماعية تم تتبع المرضى فيها وفي بعض الحالات قسودنوا بأولئك المرضى الذين أحيلوا إلى العلاج ولكن لم يُقبلوا للرعاية، أساساً بسبب عدم تقديم تمويل من سلطاتهم الصحية المتعلقة. وكانت نتائج مثل هذه الدراسات مؤثرة، مع توفيرات لأكثر من ١٢٥٠٠ جنيه إسترليني لكن سيمس أكثر من ١١٠٠٠ جنيه إسترليني. ومع ذلك يجب ملاحظة أن مجموعة المقارنة لا يحتمل أن تكون قابلة للمقارنة مع أولئك المتتقين للرعاية في العلاج المجتمعي. ويمكن للعملية الديمقراطية أن تنتقي على نحو تفضيلي المرضى الأكثر احتمالاً لأن يزدوا على نحو جيد (أو على الأقل يمكن أن يسلموا بتنفيذ هذه المهمة). وحتى تفحص عملية مثل هذه وتشمل كل المرضى العشوائيين، فإن مثل هذه المقارنات لها قابلية للتطبيق محدودة.

ويوجد دليل مقنن كاف يوصي بأن العلاج المجتمعي قد يكون فعالاً بشكل جيد بالنسبة لبعض المرضى ذوي اضطراب الشخصية الشديد على الأقل. ورغم ذلك، فإن معرفة ما إذا كانت هذه المجموعة سوف تصبح حالتها جيدة على قدر متساو مع علاجات مختلفة فلا يمكن تقريبها على أساس الدليل الحالي. ومع ذلك حتى الآن يوحى بالتأكيد بأنه توجد بعض عناصر علاجية هامة في نطاق هذه الأنظمة وأنها تستحق أن تقوم بمزيد من القرب .

وقد قورن العلاج السلوكي الجدلي (DBT) للمرضى بعد الانتحار ذوي اضطراب الشخصية الحدية بالمعالجة المألوفة في تجربة هامشية، ووجد أنه أفضل من المعالجة المألوفة في تخفيض محاولات الانتحار وعدد الأحداث المعالجة طبياً في سنة العلاج (Linehan et al., 1991). علاوة على ذلك، لم توجد فروق بين المعالجة المألوفة والعلاج السلوكي الجدلي في مستويات الاكتئاب المقررة،

مراجع الفصل الثامن:

- 1- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- 2- Andrews, G. (1991). The essential psychotherapies. British Journal of Psychiatry, 162, 447- 451.
- 3- Barton, R. (1959). Institutional neurosis. Bristol: John Wright.
- 4- Beck, A. T., Freeman, A. and Associates (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: The Guilford Press.
- 5- Beck, J. S. (1996). Cognitive therapy for personality disorders. In Salkovskis P. (ed.) Frontiers of cognitive therapy. The Guilford Press. New York: London.
- 6- Benjamin, L. (1993). Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. New York: The Guilford Press.
- 7- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss, Volume 2- Separation: Anxiety and Anger. London: Hogarth Press.

والتفكير الانتحاري، واليأس، ومبررات الحياة خلال مرحلة الدراسة الخاصة بالعلاج. ولكن تلك النساء اللاتي تلقين العلاج السلوكي الجسدي قررن غضباً أقل وتوافق اجتماعي أفضل مقارنة بالنساء اللاتي تلقين معالجة مأبونة. وكانت النتائج في هذه الدراسة متشابهة للدراسة التي أجراها المعالجون مديون على نحو مرتفع، وكل المشاركين في هذه الدراسة كن نساء، مما قد يعد من عمومية هذه الدراسة. ومع ذلك، أدت هذه الدراسة الهامة والمبتدعة إلى تنمية إهتمام في العلاج النفسي بالنسبة لهذه المجموعة من المرضى ذوي الميول الانتحارية المعروفين بأن لهم معدل إنتحار مرتفع نسبياً مقارنة بالمرضى العقلين الآخرين والمجتمع العام (Stone, 1993).

وقد أجريت دراسة لتقويم العلاج المعرفي المختصر بالنسبة للمرضى ذوي اضطراب الشخصية الذين يؤذون أنفسهم على نحو متكرر (Evans et al., 1999). تم إختيار المرضى بشكل عشوائي للمعالجة المأبونة أو للعلاج المعرفي المختصر. وأوضحت النتائج مدى صلاحية العلاج المعرفي الموجز في علاج المرضى شبه الإنتحاريين حيث أدى إلى خفض معدل سلسلة الأذى الذاتي مقارنة بالمعالجة المعتادة، ورغم ذلك، فبسبب الأعداد الصغيرة في الدراسة (n=34)، فلا يمكن الوصول إلى استنتاجات في هذه المرحلة عن الفعالة العامة للعلاج المعرفي المختصر.

وأحدى الصعوبات في تقويم المعالجة النفسية الاجتماعية أو أي معالجة لاضطرابات الشخصية هو صعوبة الوصول إلى إجماع على ما يتوقعه بدقة من التغيير الذي يحدثه العلاج. لذلك، فهذا الأمر يحتاج إلى إجراء دراسات إكلينيكية عديدة لفحص النماذج المفسرة لاضطرابات الشخصية. لإجها مستخدمة ومجموعات تجريبية ومجموعات ضابطة، كما تُستخدم تصاميم عشوائية.

- 14- Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J. (1999). Manualassisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomised controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 29, 19-25.
- 15- Haigh, R. (1999). The quintessence of a therapeutic environment: five universal qualities. In: *Therapeutic Communities: Past, Present and Future*, eds Campling, P., & Haigh, R., (PP. 246-257). London: Jessica Kingsley.
- 16- Higgitt, A., & Fonagy, P. (1992). Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 161, 23-43.
- 17- Hyler, S. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire-4*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- 18- Jones, M. (1952). *Social Psychiatry: A study of Therapeutic Communities*. London: Tavistock Press.
- 19- Jones, M. (1956). Industrial rehabilitation of mental patients still in hospital, *Lancet*, ii, 985- 987.
- 20- Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
- 8- Campling, P. (1999). Boundaries: discussion of a difficult transition In: *Therapeutic Communities: Past, Present and Future*, eds Campling, P. and Haigh, R. PP. 90-98. London: Jessica Kingsley.
- 9- Davidson, K. (1998). *Disorders: a treatment manual*. Oxford: Betterwoth-Heinemanm.
- 10- Davidson, K. & Tyrer, P.(1996). Cognitive therapy for antisocial and borderline personality disorders: Single case series. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 413-429.
- 11- Dolan, B., Norton, K., & Warren, F. (1996). Costoffset following specialist treatment of severe personality disorder. *Psychiatric Bulletin*, 20, 413-417.
- 12- Dreesen, L., Hoekstra, R., & Arntz, A. (1997). Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 503-521.
- 13- Fennell, D. (1990). Cognitive therapy and the restructuring of early memories through guided imagery. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, 33-50.

- decision making. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, 6-15.
- 29- Norton, K., & Hinselwood, R. (1996). Severe personality disorders: treatment issues and selection for long-term psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 168, 723- 731.
- 30- Padesky, C., & Greenberger, D. (1995). *Clinician's guide to mind over mood*. New York: The Guilford Press.
- 31- Persons, J. & Bertagnolli, A. (1994). Cognitive- behavioural treatment of multiple- problem patients: application to personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 279- 285.
- 32- Rapoport, R. (1960). *Community as doctor: New perspectives on a therapeutic community*. London: Tavistock Publication.
- 33- Ryle, A. (1997a). The structure and development of borderline personality disorder: A proposed model. *British Journal of Psychiatry*, 170, 82- 87.
- 34- Ryle, A. (1997b). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder*. Chichester: John Wiley.
- 21- Kernberg, O., Burstein, E., & Coyne, L. (1972). *Psychotherapy and Psychoanalysis: Final report of the Menninger foundation's psychotherapy research project*. Bulletin of the Menninger Clinic, 36, 1-277.
- 22- Kohut, H. (1975). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- 23- Lazarus, A., & Lazarus, C. (1991). *Multimodal Life History Inventory, Second edition*. Champaign, Illinois: Research Press.
- 24- Linehan, M., Armstrong, H., & Suarez, A. (1991). Cognitive-behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- 25- Linehan, M. (1993). *Cognitive therapy for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- 26- Manning, N. (1989). *The Therapeutic Community Movement: Charisma and routinization*.
- 27- Masterson, J. (1976). *Psychotherapy of the Borderline Adult*. New York: Brunner/Mazel.
- 28- McPherson, K. (1994). The best and the enemy of the good: randomised controlled, Uncertainty, and assessing the role of patient choice in medical

الفصل التاسع

علاج اضطرابات القلق

فى هذا الفصل سوف نتناول العلاجات الشمولية، المتضمنة العلاجات السيكوندينامية والعلاجات الوجودية والإنسانية، ثم نتناول العلاج المعرفى السلوكى الخاص بكل اضطراب من اضطرابات القلق.

العلاجات الشمولية

Global Therapies

يتبع ممارس العلاج الشمولى نفس الإجراء العام بصرف النظر عن اضطراب العميل الخاص، ويحاول المعالجون السيكونديناميون مساعدة كل عملائهم على تبين وحل تأثير الأحداث. وباستخدام هذه الإجراءات كالتداعى الحر وباقتراح تأويلات على نحو لطيف، فإنهم يقودون العملاء إلى بحث الدفعات الراسخة الجذور، والاحتياجات، والصراعات التى تؤسس إنفعالاتهم وسلوكهم متوقعين أن الاستبصارات الناجمة سوف تعمل فى النهاية على الشفاء. ويحاول المعالجون الإنسانيون والوجوديون، من ناحيتهم مساعدة العملاء على أن يصبحوا أكثر وعياً وقبولاً لأفكارهم ومشاعرهم الحقيقية، متوقعين أنه بهذه الطريقة سوف يتعلمون قيادة حياة أكثر أصالة ونضجاً.

- 35- Shea, M., Pilkonis, P., & Beckhan, E. (1990). Personality disorder and treatment outcome in the NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 147, 111-118.
- 36- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychiatric Quarterly*, 7, 467-489.
- 37- Stone, M. (1993). Long-term outcome in personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 162, 299-313.
- 38- Van Velzen, C., & Emmelkamp, P. (1996). The assessment of personality disorder: implications for cognitive and behavior therapy. *Behavior Research and Therapy*, 34, 655-668.
- 39- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Florida: Professional Resource Press.
- 40- Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. (Revised edition). Practitioner's Resource Series. Florida Professional Resource Press.

يعمل ممارسو العلاجات السيكوناميكية المتنوعة لمساعدة المرضى القلقين اضطراباتهم. ويحاول المعالجون السيكوناديميون الكلاسيكيون، على سبيل المثال، مساعدة العملاء على أن يصبحوا أقل خوفاً من دفن الهو وأكثر قدرة على التحكم فيها بنجاح. وعلى النقيض، يساعد معالجو العلاقات بالموضوع المرضى القلقين على تحديد وحل مشاكل علاقات الطفولة التي تثير القلق والتي تبدو أنها تتكرر في الرشد. ويسعى معالجو الذات إلى مساعدة المرضى القلقين على بناء ذات متماسكة من الذات الهشة التي يعتقدون أنها تبقى على القلق المتواتر (Cushman, 1990; Zerbe, 1990; Compton, 1992).

وفي الحالة التالية، يستخدم المعالج تقنيات التحليل النفسي وتفسيراته على مساعدة عميل على التغلب على اضطراب القلق العام الحاد. كان العميل شاباً ناجحاً من الناحية المالية، غير قادر على التمتع بنجاحه، وشعر بأنه أدنى من الآخرين، وكانت لديه حياة اجتماعية محدودة جداً.

وكُشفت في غضون التحليل حقائق كثيرة فسرت عدم قدرته على التمتع بنجاحه المادي، ويأسه من الحصول على علاقة ودودة مع فتاه صاعدة. وباختصار كانت هذه الصعوبات جميعها مغروسة في الذنب المستتر من صراعات أوديبية غير محلولة ومشاعر خاصة بسفاح الأقارب بالنسبة له. ورمز النجاح المادي وبقاؤه المساند الوحيد للأسرة بالنسبة له رغبة الطفل في أن يستبدل ويتخطى والده. ومن ثم حينما أُنجيز رغبته الصادقة لإعطاء

وأبقى دائماً تعلقه القوي بأمه، حيث كانت بمثابة الشخص الوحيد لهم والمعتدل في كل بيئته البائسة. وكانت لديه كذلك مشاعر رقيقة جداً تجاه أخته العسة. أعضاء أسرته الذكور الذين أساءوا إليه لتعوى عليهم.

دائماً بالكراهية والتمرد والرغبة في (وعلى مدى منهج العلاج)، رأى بوضوح مدى ما كان عمله مسئولاً عن خلق صراعات فعلية وصعوبات. وبصرف النظر عن الأسباب الشعورية تبين كذلك أن الدوافع التنافسية. وبصرف النظر عن رجل أعمال مستقلاً وناجحاً جعلته يسعى اللاشعورية لطموحاته في أن يكون من أخوته وأبيه لتكون لديه القوة فوقهم، لأن يكون من الناحية المادية أقوى من أخوتهم وأبيه. كما أصبح أكثر وعياً بتقدم وجعلهم معتمدين عليه إذا استطاع ذلك. متعباً بشكل تدريجي من العمل. وفقد التحليل عن السبب في أنه أصبح طموحه، وأصبح لديه أنواعاً من القلق التي زادت بشكل أسوأ. وتبين طموحاته لأن يكون أكثر نجاحاً من أخوته الأكبر ومن أبيه، تحقق كذلك من طموحات طفولته وفترة بلوغه، التي حملت حينئذ الرغبة الأوديبية وبذلك كانت مشحونة باحساس قوي بالذنب.

وبهذا (الاستبصار) والعمل خلال العدوانية بدأ المريض يحقق الرقة وبالذات في عمله وعلاقاته الاجتماعية والأسرية. وأصبح أقل خوفاً من مساعديه في العمل. وبدأ ينمي مشاعر وجدان أصيلة لأعضاء متنوعين في أسرته. وبدأ في مقابلة شباب تدريب الكلية حتى يشير مناقشات شجاعة ضد آرائهم. وفي هذه الفترة إشتري سيارة أفضل، تلك التي تجنبها من قبل، كما بدأ يهتم

المعالج المرضى بالوسواس/ القهرى بشكل مباشر أن وسواسهم هي حيل دفاعية ويحثهم على أن يتوقفوا عن التصرف على نحو قهرى (Salzman, 1980, 1985). ولم يوضح البحث حتى الآن ما إذا كانت هذه المجالات الأجدد هي حقاً أكثر فاعلية من العلاجات السيكوندينامية (Hirschfeld & Goodwin, 1988).

العلاجات الإنسانية والوجودية

Humanistic and Existential Therapies

مثل المعالجين السيكونديناميين، يعامل المعالجون الإنسانيون والوجوديون كل الاضطرابات بطريقة متماثلة تزيد أو تقل. فيحاول المعالجون الإنسانيون في العلاج المتمركز حول العميل أن يبينوا نظرة إيجابية غير مشروطة لعملائهم وأن يتعاطفوا معهم، متوقعين أن جواً من القبول والرعاية الأصليين سوف يقدم لهم الأمن الذي يحتاجونه ليتعرفوا على احتياجاتهم، وأفكارهم، وانفعالاتهم الحقيقية (Raskin & Rogers, 1989). وهدف المعالجين هنا هو مساعدة العملاء على أن «يخبروا» أنفسهم- أى، يصبحوا واثقين تماماً من قدراتهم الطبيعية وأمناء ومستريحين مع أنفسهم. وحينئذ سوف ينخفض قلقهم وأعراضهم الأخرى الخاصة بالاختلال النفسى الوظيفى.

ويصف «روجرز» كيف أن العلاج المتمركز حول العميل ساعد في حالة مسز أوك Mrs. Oak في التغلب على القلق والأعراض المتعلقة التى كانت تمزق حياتها.

فكانت السيدة «أوك» ربة منزل في أواخر الثلاثينيات وكانت في علاقة متنافرة مع زوجها ومضطربة كذلك كثيراً في علاقتها مع ابنتها المراهقة، التى كانت حديثاً تمر بمرض خطير تم تشخيصه كمرض جسمى من أصل نفسى

بنفسه في الرياضة. وأصبح طموحاً لتعويض قصوره في التعليم. وبدأ يدرس، وذهب إلى المسرح. وفي النهاية قرر أن يبيع مؤسسة عمله، ليسرع لفترة. (Lorand, 1950: 37- 43).

ولم يدعم البحث الضابط فاعلية المجالات السيكوندينامية في حالات اضطراب الوسواس القهري. ومع ذلك، فإن العلاج السيكوندينامي هو على أحسن حال متواضع في مساعدة الناس الذين يعانون من الأعراض الواسعة لاضطرابات القلق العام وذو مساعدة قليلة لأولئك الذين يعانون من اضطرابات القلق الأخرى، مثل الاضطرابات الخاصة بالرهاب والوسواس القهري (Salzman, 1980; Nemiah, 1984).

وفي الحقيقة، قال فرويد Freud نفسه أن التقنيات السيكوندينامية وحدها قد تكون غير كافية لشفاء الاضطرابات الرهابية: «يستطيع الفرد بصعوبة أن يتغلب دائماً على رهاب إذا إنتظر حتى يجعل المريض التحليل يؤثر عليه في التوقف عنها. وينجح الفرد فقط حينما يستطيع أن يستحشها خلال تأثير التحليل... لأن تطوف وحدها وتناضل مع قلقه بينما يقوم بالمحاولة» (Freud, 1955: 399- 400).

وفي الواقع، قد يضيف العلاج السيكوندينامي إلى صعوبات المرضى باضطرابات وسواسية/ قهرية (Salzman, 1980) وإدعى أن تركيز السيكوندينامي على التداعى الحر والتأويل دون تعمد يلعب داخل المريض شخص الوسواس/ القهرى على التأمل والافراط في التفسير (Noy, 1971). وهكذا يفضل بعض المعالجين السيكونديناميين أن يستخدموا العلاجات السيكوندينامية معينة قصيرة المدى مع هؤلاء العملاء، وعلاجات أكثر مباشرة وقائمة على العمل من التقنيات الكلاسيكية. وفي أحد المجالات، ينصح

Psychosomatic . وشعرت «أوك» بأنها يجب أن تُلام على هذا المرض. وكانت هي نفسها إنسانة حساسة، متلهفة على أن تكون أُمينة مع نفسها وتصل إلى أسباب مشاكلها. وكانت إنسانة بقليل من التعليم الرسمي بيد أنها ذكية وواسعة الإطلاع.

وبالوصول إلى المقابلة الحاسنة مدسى ان سرير حتى ... واشغل التركيز الرئيسى للعلاج إلى خبرة نفسها وردود أفعالها الانفعالية. وشعرت فى أوقات أنها يجب أن تكون «مؤثرة فى مشاكلى» ولكن حيث أنها شعرت بالإنجذاب إلى هذه الخبرة لدرجة أنها أرادت نوعاً ما أن تستخدم العلاج لما أسمتها «أشكال الغموض» Vaguenesses . وكان هذا اصطلاح سيد، حيث عبرت عن نفسها فى نصف جمل، ومشابهات شعرية، وتعبيرات بدون أكثر مثل تخييل. وكانت إتصالاتها من الصعب متابعتها أو فهمها ولكنها تضمنت بوضوح كثيراً من الشعور العميق الذى يُخبر فى الحاضر المباشر.

وكانت على غير العادة حساسة للعملية التى كانت تخبرها فى نفسها. ولاستخدام بعض من تعبيراتها، كانت تشعر بقطع من لغز الصور المقطوعة، وكانت تغنى أغنية بدون كلمات، وكانت تبدع قصيدة. لقد كانت تعلم طريقة جديدة تخبر بها نفسها مثل تعلم قراءة برايل (طريقة قراءة للمكفوفين). وكان العلاج إخبار عن نفسها فى كل نواحيها وفى علاقة آمنة. وفى البداية كان ذنبها وشأنها بكونها مسئولة عن سوء توافق الآخرين. وبعد ذلك كانت كراهيتها ومرارتها تجاه الحياة التى خدعتها وأحبطتها فى كثير من المجالات المختلفة، بصفة خاصة المجال الجنسى، وبعد ذلك كانت خبرة إيذاء الخاص، والأسى الذى شعرت به بالنسبة لنفسها لما عانت من جرح. وبالإضافة إلى ذلك كانت خبرة الذات باعتبارها تملك القدرة على كل شيء، وذات ... يمكن محب

بشكل إستلاكى تجاه الآخرين ولكن كانت «بدون كراهية» ذات إهتمام بالآخرين. واستمر هذا متابعا ماكان بالنسبة لها، إحدى أعمق الخبرات فى العلاج.. التحقق من أن المعالج قدم رعاية، إنها فى الحقيقة كانت تهمة وكيف أن العلاج إنتهى لصالحها، إنه قدرها فى الحقيقة.

وحيرت سارة إجاباتها الأساسية. وأصبح واعيه على نحو تدريجى بحقيقة أنها رغم بحثها فى كل ركن بنفسها، لم يوجد شيء سىء على نحو أساسى، ولكنها من حيث الجوهر كانت إيجابية وسليمة. وتحققت من أن القيم التى اعتنقتها بعمق كانت فى تباين مع ثقافتها، ولكنها قبلت ذلك بهدوء... وإحدى المميزات الظاهرة للمقابلات كانت فى أدنى إعتبار لسلوكها الخارجى. وبمجرد أن حلت قضية لها، ذكرت العواقب السلوكية مصادفة فقط. وبعد أن «شعرت» بطريقها خلال العلاقة مع إبنيتها المراهقة، كان يوجد ذكر قليل لسلوكها تجاه الإبنة حتى بعد كثير حينما ذكرت عرضياً أن العلاقة كانت أفضل كثيراً. وبالمثل، بالنسبة للعمل، فإنها لم تعمل إطلاقاً خارج المنزل وأرهبها التوقع، ومع ذلك إعتقدت أنه هام للغاية إذا كان لها أن تشعر بالاستقلال عن زوجها. وحلت فى النهاية القضية بمشاعرها إلى حد أنها قالت إنها الآن إعتقدت أنها يمكن أن تبحث أو تشغل عملاً. ولم تذكره إطلاقاً مرة ثانية... وكان نفس الشيء بالنسبة لزواجها. وقررت أنها لا تستطيع الاستمرار فى زواجها ولكنها لم ترغب أن تحطم الزواج فى معركة أو باستياء وأذى. وباختصار بعد إنتهاء العلاج حققت هذا الهدف الخاص بالانفصال والطلاق الذى تم الاتفاق عليه بشكل مشترك.

وحينما تركت العلاج، كانت تشعر أنها سوف تستمر فى التقدم. وشعرت أن العلاقة مع المعالج قد كانت مفيدة جداً وبإحساس نفسى لن يتوقف أبداً.

ومع ذلك خرجت من المكتب مستعدة أن تواجه حياتها، مع أنها تحققت أن هذا لن يكون سهلاً (Rogers, 1954: 261- 264).

وبالرغم من هذا وتقارير تفاؤلية عن حالات أخرى، فقد فشل البحث في أن يبين أن المجالات الإنسانية والوجودية هي علاجات فعالة بصفة عامة لاضطرابات القلق. ويشرح الدراسات السابقة أن صياغة وهرز دور حول العميل يكون فقط أكثر فاعلية من تقديم علاج لمجرد الترضية أو الأشياء على الإطلاق (Greenberg et al., 1994). علاوة على ذلك، كانت توجد دراسات قليلة نسبياً خاصة بمجالات أخرى إنسانية أو وجودية لاضطرابات القلق، أساساً لأن ممارسي هذه المجالات يعتقدون أن الطرق التجريبية لا تستطيع اختبار صدق تركيزهم، وتقنياتهم وأهدافهم الفنومولوجية (Prochaska & Norcross, 1994).

العلاج المعرفي السلوكي

Cognitive- Behaviour Therapy

١- علاج اضطراب الهلع:

من المقبول بصفة عامة أن الملمح المركزي لاضطراب الهلع بدون الخوف من الأماكن الواسعة هو عدم القدرة على ضبط الاحساسات الجسمية الناتجة عن سوء تفسيرات الفواجع الخاصة بتلك الاحساسات (Clark, 1986). ويقر كثير من أشكال العلاج المعرفي لاضطراب الهلع بشكل محكم على هذا التفسير النظري. على سبيل المثال، اقترح كلارك وسالكوفسكيس & (Clark & Salkovskis, 1986) علاجاً معرفياً لاضطراب الهلع كان التركيز قد على تحدي الأفكار المختلفة وظيفياً (على سبيل المثال، التفسيرات الفادحة للاحساسات الجسمية) وعلى استبدالها بأفكار منطقية. ونوقش الدور

للشكوى المفرطة كصلة بين الأعراض البدنية والقلق. وراقب المرضى الأفكار التلقائية التي تسبق أو تصطحب نوبات الهلع.

وُثِّبت فكرة أن الشكوى المفرطة تلعب دوراً سببياً في نوبات الهلع بشكل مباشر بواسطة جارسن وزملائه (Garssen et al., 1996). واتخذوا إجراءات لدراسة تأثير الأفكار السلبية على نوبات الهلع. وعرضوا أنفسهم لمواقف استثارة الخوف. وكان يوجد دليل على الشكوى المفرطة في ٤٪ فقط من نوبات الهلع المفرطة. وقد أدى هذا «بجارسن وزملائه» (١٩٩٦) إلى أن يستنتجوا التالي: «يمكن التغلّي عن الفرض بأن الشكوى المفرطة هي ميكانيزم هام منتج للعرض في الهلع» (ص ٥١٣).

وقد ثبت نجاح صورة العلاج المعرفي وصورة المعدلة قليلاً. وأجرى أوتو وزملاؤه (Otto et al., 1995) تحليل ميتا لنتائج العلاج القائم على ٤٣ دراسة ضابطة مع علاجات فارماكولوجية، ومعرفية/سلوكية، وفارماكولوجية ومعرفية/سلوكية ممتزجين. واستنتجوا مايلي «قدم تحليلنا مساندة قيمة للاستنتاج بأن العلاج المعرفي (المعرفي/السلوكي) هو على الأقل فعال كالعلاجات الفارماكولوجية، ويقدم تأثيرات قوية على مقاييس تكرار الهلع باعتبارها مقاييس كلية للعواقب. وبالإضافة إلى ذلك، فإن العلاج المعرفي/السلوكي مقارنة بالعلاج الفارماكولوجي يرتبط بمعدلات أدنى من الانهاك، ويبدو أنه يمنح عاقبة والمدة طويلة المدى» (ص ٨٤).

وتوصل أرنترز وفان دين هاوت (Arntz & van den Hout, 1996:113) إلى استنتاج مماثل: «وبالرغم من بعض الفروق بين العلاجات المعرفية المتنوعة، فإن النتائج تبدو مماثلة بشكل ملحوظ: تنوعت النسب المثوية للمرضى الخالين من الهلع بعد العلاج من ٧٥٪ إلى ٩٠٪، وبدا أن العلاج المعرفي أفضل

معتدل من الأماكن الواسعة. وفي دراسة سابقة، فحص فان دين هاوت وزملاؤه (van den Hout et al., 1994) فاعلية العلاج المعرفى على مرضى الهلع المصابين بالخوف من الأماكن الواسعة. فقد خفض العلاج المعرفى حدوث الهلع، ولكن كان له تأثيراً قليلاً أو معدوماً على تجنب الخوف من الأماكن الواسعة. ولكن لم يُخفّض من نوبات الهلع.

وقرر وليامز وفالبو (Williams & Falbo, 1996) دليلاً إضافياً بأن اضطراب الهلع مع الخوف من الأماكن الواسعة أكثر صعوبة فى العلاج من اضطراب الهلع بدون خوف من الأماكن الواسعة. لقد أخذوا فى الاعتبار فاعلية العلاج المعرفى وعلاج التعرض والعلاج المشترك. ولقد وجدوا أن ٩٤٪ من مرضى الخوف المنخفض من الأماكن الواسعة كانوا خاليين من الهلع بعد العلاج مقارنة بـ ٥٢٪ فقط من مرضى الخوف المرتفع من الأماكن الواسعة. واستنتج «وليامز وفالبو» (١٩٩٦): «يستطيع الشخص أن يحصل على صورة مضللة لفاعلية المعالجة بالاختيار لتشخيص سيكاترى (فى هذه الحالة، بالنسبة لاضطراب هلع نقى) أكثر منه بالنسبة لظاهرة الاهتمام النفسية للدراسة (نوبات هلع). إذا أراد شخص أن يعرف بصفة عامة كيف أن علاجات الهلع تؤثر فى نوبات الهلع، فإنه من الأفضل الإنتقاء لوجود نوبات الهلع، وليس لغياب المشاكل الأخرى» (ص ٢٦٣).

وتتبع من نظرية العوامل الأربعة للقلق الإكلينيكي، أنه قد يكون ممكناً تخفيض أعراض مرضى اضطراب الهلع بتخفيض تحيزهم المتعمد الانتقائى لاحتساساتهم الجسمية الخاصة. وقرر ويلز (Wells, 1990) دراسة حالة تلقى فيها مريض باضطراب الهلع علاجاً يقوم على تعليمه كيف يوجه الانتباه إلى مشيرات خارجية أكثر من مشيرات داخلية. وثبت أن هذا أكثر نجاحاً على نحو ملحوظ من العلاج الإسترخائى.

بوضوح من قائمة الانتظار - Waiting list أو العلاجات النفسية القائمة على مجرد الزمنية (العلاج الوهمى) (مثل العلاج التدعى أو الاسترخاء المتدرج Progressive relaxation)، يبدأ العلاج المعرفى فعالاً مثل العلاج الفارماكولوجى، علم الأقل.

وأجرى «أرنترز وفان دين هاوت» (١٩٩٦) دراستهما الضابط التى قارنا فيها العلاج المعرفى المبني على الفرض النظرى «لستارك وسالكوفسكيس» (١٩٨٦) بالاسترخاء التطبيقى Applied relaxation القائم على تقنيات إبتكرها أوست Ost. وتضمن الاسترخاء التطبيقى تعليم المرضى مهارات الاسترخاء التى تم تعليم تطبيقها بأسرع ما يمكن عند ظهور علامات الهلع. وعند نهاية العلاج بالاسترخاء التطبيقى، أعطى المرضى عرض تدريجى فى «الجسم الحى» Vivo لمواقف مخيفة، وبذلك يمكن أن يمارسوا مهارات استرخائهم. وكان العلاج المعرفى أكثر فاعلية على نحو دال من الاسترخاء التطبيقى فى خفض حدوث نوبات الهلع. وفى نهاية العلاج، كان ٧٨٪ من مرضى الهلع الذين تلقوا علاجاً معرفياً خاليين من الهلع، مقارنة بـ ٥٠٪ فقط من أولئك الذين تلقوا إسترخاء تطبيقياً. وعلى نحو الدقة كانت نفس النسب خالية من الهلع عند التتبع لمدة ستة شهور. وهذه النسب المثوية مماثلة جداً لتلك المقررة بواسطة كلارك وزملائه (Clark et al., 1994) فى دراستهم لتأثير العلاج المعرفى والاسترخاء التطبيقى.

ويبدو معقولاً إفتراض أن التركيز النوعى جداً للعلاج المعرفى على أعراض الهلع يعنى أنه أكثر احتمالاً أن يُخفّض حدوث نوبات الهلع من أن يحدث تأثيرات نافعة أخرى. فى هذه الصلة يكون من المهم ملاحظة أن مرضى فى دراسة «أرنترز وفان دين هاوت» (١٩٩٦) لم يكن لديهم خوف أو خوف

وتلخيصاً، فإن العلاج المعرفى المركز إلى حد كبير للغاية على إساءة تفسير الاحساسات الجسمية بواسطة مرضى الهلع قد برهن على إنه ناجح إلى أقصى حد. ومثل هذا العلاج المعرفى يُحتمل تماماً أنه ينجح إذا ما حاول مرضى اضطراب الهلع أن يتجنبوا استخدام سلوكيات الهروب الأسوأ (Salkovskis et al., 1996). وكما يمكن توقعه، فإن مثل هذا العلاج المعرفى يكون أكثر فاعلية لدى مرضى الهلع بدون الخوف من الأماكن الواسعة منه لدى مرضى الهلع مع الخوف من الأماكن الواسعة (van den Hout et al., 1994). ويتسق مثل هذا الدليل مع فكرة أنه من الأسهل كسب فهم نظري للعلاج المعرفى الفعال وتنميته من أجل اضطرابات القلق المحددة نسبياً.

٢- علاج اضطراب الوسواس / القهري:

بالنسبة لمرضى اضطراب الوسواس / القهري، تنطبق عدم القدرة على الضبط المدركة للأعراض أساساً على أفكارهم الوسواسية الخاصة. وقبل الأخذ فى الاعتبار للمضمونات الممكنة للنظرية الإكلينيكية الخاصة بعلاج اضطراب الوسواس / القهري، فإنه يستحق تذكير أنفسنا بالعوامل الرئيسية المزعومة فى تحديد الأفكار الوسواسية. أولاً: يوجد إحساس مبالغ فيه بالمسئولية الشخصية، التى تزيد بشدة الكراهية المدركة الخاصة بعواقب التهور. ثانياً: يوجد ميل للمرضى المصابين باضطراب الوسواس / القهري لأن يبالغوا بشدة فى احتمال مثل هذه النتائج الخاصة بالتهديد والأفكار أكثر من أن يكون احتمالاً لأن تصبح وسواسية عندما يكون الاحتمال الذاتى لعاقبة سلبية وكراهية تلك العاقبة كلاهما مرتفعاً. وبإصطلاحات تقريبية، توجد علاقة مضاعفة بين الاحتمال الذاتى وكراهية العاقبة فى تحديد مدى احتمال وجود أفكار حوازية مزعجة.

وزعم سالكوفسكىس (Salkovskis, 1985, 1989, 1996) أن الاحساس بالمسئولية الشخصية يكون ذا أهمية مركزية فى معظم حالات اضطراب الوسواس / القهري. على سبيل المثال، فطبقاً لسالكوفسكىس (١٩٩٦) فإن "المرضى القهريين يظهرون عدداً من أحشاء السجير المميزة المتصلة بصعوباتهم الوسواسية. ومن المحتمل أن الأكثر غمطاً وأهمية هو فكرة أن «أى تأثير بسبب العاقبة = المسئولية بالنسبة للعاقبة» (ص ١٢١). ومع ذلك، يحتمل أن مستوى مرتفعاً من المسئولية المدركة يكون متعلقاً أكثر جداً ببعض أعراض اضطراب الوسواس / القهري منه لأخرى. وعلى نحو أكثر تحديداً، فإن فكرة المسئولية قابلة للتطبيق على أفعال (أو نقص فى الأفعال) التى قد تسبب أذى للآخرين (على سبيل المثال، المراجعة Checking)، ولكن أقل بكثير من التصرفات (أو نقص التصرفات) التى قد تسبب أذى للمريض فقط (على سبيل المثال، الاغتسال).

وناقش فان أوبين وأرنتز (Van Oppen & Arntz, 1994) صورة من العلاج المعرفى لاضطراب الوسواس القهري التى تركز مباشرة على هذه العوامل. كما أوضحا، «قد يكون من المفيد للمريض والمعالج فحص شكلين على نحو مشترك من الخطر كما يُدرك بواسطة المريض: (أ) إذا ما كان المريض يبالغ فى تقدير مصادفة الخطر، و(ب) إذا ما كان المريض يبالغ فى تقدير مدى تساهلات أخطره» (ص ٨٢). واحدى طرق فحص الاحتمال الذاتى للخطر هو دعوة المريض إلى التفكير فى الأحداث المتنوعة التى قد تحتاج إلى الحدوث من أجل العاقبة المهددة للمادة. ويكون الاحتمال التراكمى لهذه الأحداث أدنى فى العادة على نحو يؤخذ فى الاعتبار من الاحتمال الذى قدره المريض أصلاً. فكرت مريضة أنه كان يوجد احتمال بأن منزلها يمكن أن يُهدم بالحريق إذا لم

تطفئ سيّارتها. وقبلت أن هذا يمكن أن يحدث فقط إذا ما وقعت شرار على السجادة، واشتعلت السجادة، وفشلت في ملاحظة هذا، ولاحظت في النهاية النار بشكل متأخر بحيث يتم منع المنزل من الهدم بالاحتراق. في تقديرها الخاصة، كان احتمال وقوع كل هذه الأحداث ١.٠٠٠.٠٠٠.٠٠٠.

يمكن أن تُفسر بواسطة نموذج المسؤولية إلى مستويات مختلفة. وبهذه التقنية، يشير المريض إلى درجة المسؤولية التي يمكن أن يكون لدى الناس المتنوعين إذا حدثت العاقبة المهددة. وفي النهاية، تعطى درجة مسؤولية المريض بواسطة إتمام «الدائرة» التي لا تُفسر بواسطة مسؤولية الآخرين. وهذا غمطياً أقل بكثير من ادراك المريض لمدى مسؤوليته. على سبيل المثال، اعتقد مريض أنه يمكن أن يكون مسئولاً ١٠٠٪ إذا وجد تحطيم سيّارة لسيارة بعد وقوع دراجته في الشارع. وفي سؤال منفصل، اعترف أن سائق السيارة يمكن أن يكون مسئولاً ٤٥٪، والطقس مسئول ٢٥٪، والسيارة المقترية ٢٠٪، وميكانيكي السيارة ٥٪، وترك هذا المريض بمسئولية ٥٪ فقط من تحطم السيارة.

وناقش فان أوبين وأرنتز (Van Oppen & Arntz, 1994) مجالين آخرين لتغيير مستوى المسؤولية المدركة لدى المريض. أحدهما المجالين تقنية «المعيار المزدوج» double standard. وفيه يُسأل المريض عن ما إذا كان يمكن أن يجد شخصاً ما آخر مسئولاً ومذنباً إذا وقعت عاقبة أو حدث مهدد. وعلى نحو غمطي يمكن أن لا يحمل المريض الشخص الآخر مسؤولية الحادث. والتناقض الرئيسي بين ذلك الرأي ومستوى المسؤولية المرتفع جداً والذي ينسب به المريض بالنسبة لأفكاره وسلوكه يتم توضيحه للمريض.

والمجال الآخر هو استخدام تجارب سلوكية للاختبار إمبيريقياً ما إذا كان المريض يحتاج إلى أن يشعر بمستوى مرتفع من المسؤولية. ويُبين للمريض أن حذف السلوك القهري (مثل النظافة) لا يؤدي في الواقع إلى كآبة العواقب، وبهذا لا توجد حاجة بالنسبة إلى حدوث إحساس غامر بالمسئولية. على سبيل المثال، مريض كان مهتماً بأنه يمكن أن يفقد ماله إذا إستوفى إستمارة حوالة بنكية على نحو غير صحيح، وقد تم تشجيعه على أن يفعل ذلك بدقة بمبلغ صغير من المال. وأوضح هذا له بأن البنك يمكن أن يعيد إليه المال بالرغم من إستيفائه غير الصحيح للاستمارة.

وقدم فريستون وزملاؤه (Freeston et al., 1996) بعض الاقتراحات المشوقة لعلاج مرضى اضطراب الوسواس/القهرى، القائمة على مجال يشبه ذلك المجال الخاص «بفان أوبين وأرنتز» (١٩٩٤)، وسوف تُذكر بعض اقتراحاتهم هنا. فغالباً ما يفرط المرضى في تقدير أهمية أفكارهم الوسواسية، المؤسسة على الاعتقاد اللامنطقي التالي: «لا بد أن يكون هاماً لأنني أفكر فيه، وإنني أفكر فيه لأنه هام» (ص ٤٣٧). واحدى طرق تحدى هذا الاعتقاد هي مطالبة المرضى بأن يسجلوا أفكارهم لتوضيح أن أفكاراً غير هامة كثيرة تحدث كل يوم. والطريقة الأخرى في مطالبة المرضى بأن ينتبهوا بشدة لشيء ما غير هام بوضوح (على سبيل المثال، طرف أنفهم). ويوضح هذا أنه من الممكن تماماً قضاء وقت طويل مفكرين في أمور لها أهمية ضئيلة جداً.

كما تحدى فريستون وزملاؤه (Freeston et al., 1996) اعتقاد بعض المرضى باضطراب الوسواس/القهرى بأن الأفكار يمكن أن تزيد احتمال حدث. ويمكن أن يتم هذا بأن يُطلب من المريض أن يشتري تذكرة «باناصيب»، وأن يقضى ٣٠ دقيقة يومياً يفكر على نحو متكرر في كسب الرهان. والطريقة

الأخرى هي من أجل أن يحدد المريض جهاز منزلي يعرف أنه في مرتبة - حل جيدة. ويُطلب من المريض أن يفكر ١٠٠ مرة يومياً أن الجهاز سوف يتحرك في غضون الأسبوع القادم.

كما حاولت استنساخ هذا (Eggenston et al, 1996)

المسئولية المتزايدة التي غالباً ما يخبرها مرضى اضطراب الوسواس/ القهري. وتُستخدم خبرات المرضى بالذنب أو الشعور بعدم الراحة في تحديد المواقف التي تُدرك فيها المسئولية المتزايدة. وإحدى طرق العلاج هي مطالبة المريض بأن يتنبأ بردود أفعاله إذا حُوت المسئولية إلى شخص ما آخر الذي دفع له مبلغ من المال لرعاية الموقف. ويشير المرضى عادة إلى أنهم يمكن أن يكونوا أقل قلقاً وإهتماماً في هذه الظروف. والطريقة الأخرى هي تحدى تقييمات المسئولية بمطالبة المريض بأن يعمل كمحامى دعوى وكمحامى دفاع لمناقشة مستحتمات خاصة بتقديرات المريض. ويُطلب من المريض حينئذ أن يأخذ في الاعتبار مخاوف الكبيرة بين المناقشتين، ويستخدم هذا لتوضيح الطبيعة المتغيرة لتقديرات المسئولية.

وتلخيصاً، برهن العلاج المعرفى لاضطراب الوسواس/ القهري الذى يركز تحديداً على العوامل الرئيسية التي تؤدي إلى الأفكار الوسواسية غير القابلة للضبط على أنه فعال جداً. وهذا إنجاز بأية حال. وفى عام ١٩٨٦، إستنتج دافيسون ونيل (Davison & Neale, 1986: 138) مايلي: «اضطراب الوسواس/ القهري بصفة عامة هو أحد المشاكل النفسية التي يصعب علاجها إلى أقصى حد». ولا يقرر بعض المرضى أفكاراً مختلفة وظيفياً بخصوص الاحتمال الذاتى أو العواقب الخاصة بالحدث الكرهى الذى يقع. والمشكلة الأخرى في بعض الحالات هي أن العواقب الكرهية التي يتوقعها المرضى تلى انفعالهم

في تجربة سلوكية يمكن فقط إيضاح عدم وقوعها على مدى فترة زمنية طويلة للغاية.

وعلى المستوى النظرى، استنتج فان أوبين وأرنترز (Van Opeen & Arnitz, 1994: 86) أن ترجيح «أثر هامة غير مسبوقة» «تسببه بتجارب المعرفية لاضطراب الوسواس/ القهري الذى يفاضل بين إدراك الخطر وإدراك المسئولية، وهناك حاجة إلى بحث لاحق لمقارنة تأثير تناول هذه القضايا على نحو مفضل. وقد يشير هذا إلى القضية الأساسية في علاج اضطراب الوسواس/ القهري». كما أن إدراك الخطر وإدراك المسئولية متصلان معاً. وهكذا يمكن التنبؤ بأن العلاج المعرفى يحتاج إلى أن يركز على كل من إدراك الخطر وإدراك المسئولية إذا ما كان فعالاً على نحو كبير.

٣- علاج الرهاب الاجتماعى:

تتمثل المشكلة المركزية فى الرهاب الاجتماعى فى أن المرضى بهذا الاضطراب يكونوا على نحو جدير بالاعتبار أكثر قلقاً وقصوراً فى المهارة الاجتماعية المطلوبة فى الواقع (Stopa & Clark, 1993). وتتفاقم هذه المشكلة بميل الأفراد ذوى الرهاب الاجتماعى لمواصلة سلوكهم الخاص بشكل متزايد فى المواقف الاجتماعية، ويُفترض أن التحيز المقصود لسلوكهم الخاص هو بصفة عامة نتيجة للتحيز التأويلى Interpretive bias بحركلمات أخرى، فإن السبب الرئيسى لمواصلة مرضى الرهاب الاجتماعى بشكل متزايد لسلوكهم الخاص يرجع إلى أنهم قد أساءوا من قبل تفسيره باعتباره غير ملائم تماماً.

وسيكون من الخطأ التام إذا إعتقدنا أن المشاكل وحدها التي لدى ذوى الرهاب الاجتماعى تتعلق بتحيزاتهم المعرفية لسلوكهم الخاص. فقد وجد ستوبا

وكلاارك (Stopa & Clark, 1993) أن الأداء الاجتماعي الفعلي لذوى الرهاب الاجتماعي كان أسوأ بشكل دال من المجموعات الأخرى. ويشير هذا إلى الأهمية الممكنة لاستخدام التدريب على المهارات الاجتماعية والتقنيات الأخرى المصممة لتحسين السلوك الاجتماعي الفعلي لذوى الرهاب الاجتماعي بالإضافة إلى التقييمات التي تركز على التحيزات المعرفية.

وطبقاً للرأى أعلاه الخاص بالرهاب الاجتماعي، فإنه من المهم في العلاج إقناع المرضى بأن تفسيراتهم للسلوك الاجتماعي الخاص بهم تكون سلبية بإفراط. وإذا أمكن تخفيض التحيز التأويلي، فإن هذا لابد أن ينتج تخفيضاً في التحيز الانتباهي نحو سلوكهم الخاص. كيف يمكن تخفيض هذا التحيز التأويلي؟ ففي دراسة هوب وزملائه (Hope et al., 1995)، التي أجرت محاولات لتحدي الأفكار المختلة وظيفياً لذوى الرهاب الاجتماعي، ولتقديمها مع تغذية راجعة من الآخرين على أدائهم الاجتماعي. وكان هذا العلاج المعرفي/السلوكي أكثر فعالية بكثير من علاج التعرض في خفض التحيز التأويلي.

وبالإضافة إلى ماسبق، نجد أن أى تحيز تأويلي يُحتمل أن يكون أكثر ضيقاً حينما يكون المريض قلقاً حالياً بشكل مرتفع. ويوحى هذا بقيمة إرشاد ذوى الرهاب الاجتماعي لتفسير كفاية سلوكهم حينما لا يكونوا قلقين. ويمكن إجراء هذا بأخذ تسجيلات مرئية لذوى الرهاب الاجتماعي في مواقف اجتماعية، وبعد ذلك مطالبتهم بتقدير كفاية أدائهم الاجتماعي بعد ذلك ببعض الوقت في موقف غير اجتماعي. ويمكن مقارنة تلك التقديرات بتأويلات يتم الحصول عليها في المواقف الاجتماعية نفسها. ويمكن التنبؤ بأن ذوى الرهاب الاجتماعي سوف يقدر أداءهم الاجتماعي باعتباره أفضل على نحو دال عند رؤية التسجيلات المرئية في موقف غير اجتماعي. وقد يؤيد هذا

التوضيح بأن أداءهم الاجتماعي كان غير ملائم حينئذ إلى تحيز تأويلي منخفض لسلوكهم الخاص في مواقف اجتماعية تالية. ولا يبدو أنه توجد أية تفسيرات منشورة لتجارب إكلينيكية شاملة لهذا المجال. ومع ذلك، قرر رابى وهايمان (Rapee & Hayman, 1996) بعض الأدلة المتعلقة من أسوياء مرتفعي ومنخفضي العلق. وقدمت تلك المجموعتان تقديرات ذاتية خاصة بأدائهم الاجتماعي أثناء وبعد وقت نظر فيديو لأدائهم. والتقديرات الذاتية لأدائهم المؤسسة على الفيديو كانت أكثر تفضيلاً على نحو دال من تلك التي تم الحصول عليها في المواقف الاجتماعية. وكما استنتج «رابى وهايمان» (1996)، «في حالة الأفراد القلقين اجتماعياً، فإن المدخل من الأعراض الحالية والذاكرة طويلة المدى يفوق أى تغذية راجعة خارجية، وبذلك يقدم تقديراً غير دقيق لأدائهم الخاص» (ص 321).

واستُخدمت صور مختلفة عديدة للعلاج المعرفي في علاج الرهاب الاجتماعي. وتعتمد بعض المجالات على الإلهاء أو التدريب على التقرير الذاتي، وابتكر هيمبرج (Himberg, 1991) صورة للعلاج الجماعي للسلوك المعرفي تتضمن عروضاً متدرجة خاصة بلعب دور لمواقف رهابية أجريت خلال الجلسات الجماعية. كما يوجد توحد، وتحليل، ونزاع خاص بأفكار غير منطقية، ومع الأفكار غير المنطقية الخاصة بمرضى الرهاب الاجتماعي التي يتم تحديدها بأدلة سلوكية في محيط المجموعة. ومع ذلك، يبدو محتملاً أنه يمكن أن يكون أكثر صعوبة تخفيض تحيز مرضى الرهاب الاجتماعي الخاص بكفاية سلوكهم الخاص على أساس تقدير الناس الآخرين منه على أساس التقدير الذاتي من تسجيلات الفيديو. وأحد الأسباب هو أن مرضى الرهاب الاجتماعي قد يكونوا ميالين لإنكار تقديرات الآخرين، على سبيل المثال، لأنهم يُدركون كراغبين في تجنب إيذاء مشاعر المرضى.

وأجرى فيسك وتشامبليس (Feske & Chambless, 1995) تحليل مبيتا لـ ١٥ دراسة تقارن العلاج المعرفي/السلوكي وعلاج التعرض للرهاب الاجتماعي. وأتى «فيسك وتشامبليس» (١٩٩٥) إلى الاستنتاج المحدد التالي: «تشير نتائج تحليل مبيتا هذا إلى أن التعرض بـ ١٠ جلسات تعديلات معرفية يكونا فعالين بقدر متساو في علاج الرهاب الاجتماعي. وفي كل أياً من مقارنات تأثيرات العلاج المعرفي (التعرض مع تعديلات معرفية) إلى زيادة تلك التأثيرات الخاصة بالتعرض وحده» (ص ٧١٢). ويُدعم هذا الاستنتاج السلبي بدراسة غير متضمنة في تحليل مبيتا. وقارن ميرش (Mersch, 1995) علاجاً تكاملياً (العلاج العقلاني الانفعالي) والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتعرض في الجسم الحي مقابل التعرض في الجسم الحي وحده. ولم يكن العلاج التكاملية أفضل من التعرض وحده.

وترى نظرية العوامل الأربعة أن علاج التعرض لابد أن يكون فعالاً إلى حد أنه يعمل على استئصال أو تخفيض التحيزات التأويلية للرهاب الاجتماعي، والتوقع العام هو أن التحيزات التأويلية لابد أن تنخفض بنجاح أكثر عن طريق العلاج المعرفي منها عن طريق العلاج بالتعرض (Hop et al., 1995). وجادل ويلز وزملاؤه (Wells et al., 1995) أن التحيزات التأويلية أقل احتمالاً لأن تنخفض إذا استخدم مرضى الرهاب الاجتماعي تدريبات البحث عن الأمان (على سبيل المثال، تجنب تلاقى العينين، التحدث بقليل، تجنب الحديث عن الذات) في موقف التعرض منها إذا لم يفعلوا. والسبب هو أن المرضى الذين يستخدمون سلوكيات البحث عن الأمان يميلون إلى أن يروا عدم حدوث النكبات المخافة إلى استخدام هذه السلوكيات، وكما هو متوقع، وجد ويلز وزملاؤه (Wells et al., 1995) أن القلق في نطاق الموقف والاعتقاد

في النكبة المخافة إنخفضا إلى حد كبير وبشكل دال خلال التعرض حينما أرشد المرضى إلى تجنب سلوكيات البحث عن الأمان. وطبقاً لنظرية العوامل الأربعة الخاصة بالقلق الإكلينيكي، فإن مرضى الرهاب لديهم تحيز تأويلي لسلوكهم في المواقف الاجتماعية، وكثير من سلوكيات البحث عن الأمان التي سبب بواسطه «ويلز وزملاؤه» (١٩٩٥) مثل محاولة من جانب مرضى الرهاب الاجتماعي لتقليل الدليل الذي يشير إلى أن سلوكهم غير ملائم. ويمكن أن يأخذ هذا إما صورة إنغماس سلوكي أقل في موقف اجتماعي (على سبيل المثال، البقاء غير المتواصل) أو رفض أخذ اعتبار للتغذية الراجعة من الآخرين (على سبيل المثال، بتجنب لقاء العيون). وما يستحق التأكيد عليه عند هذه النقطة هو أن العلاج المعرفي للرهاب الاجتماعي قد أثبت نجاحه، حتى مع أنه لم يكن واضحاً أنه أكثر نجاحاً من التعرض. وتوجد أسباب ممكنة متنوعة تؤدي إلى أن العلاج المعرفي ثبت أنه ليس أفضل من التعرض. وقدم سببين لذلك بواسطة «فيسك وتشامبليس» (١٩٩٥): «يؤدي معالجو التدريب (علاج معرفي/سلوكي) جيداً قد يكون أكثر صعوبة ومضيعة للوقت من تأدية معالجي التدريب تعرضاً جيداً... وفي غالبية الدراسات، طبق العلاج المعرفي السلوكي في محيطات جماعية مع خمسة عملاء أو أكثر لكل مجموعة، بتقديم وقت غير كاف للحوار المكثف بين المعالج/العميل الذي يحتاج لتحقيق تغير معرفي تافؤلي» (ص ٧١٤).

كما قد توجد أسباب نظرية هامة ترجع إليها عدم كون العلاج المعرفي أفضل من التعرض. ويلي من نظرية العوامل الأربعة أن معظم التركيز الدال في العلاج لابد أن يخفف أو يستأصل التحيز التأويلي لمرضى الرهاب الاجتماعي بالنسبة لكفاية سلوكهم الخاص. وربما يمكن أن يؤدي هذا على نحو

أفضل عن طريق مجموعة متنوعة من التقنيات. أولاً، كما نوقش سابقاً، يستطيع المرضى أن يقدرُوا أداؤهم الاجتماعي الخاص يهدوء من سجلات الفيديو. ثانياً، يمكن أن يقدم أشخاص آخرون تقديراتهم من الأداء الاجتماعي لذوى الرهاب الاجتماعي. ثالثاً، لابد من تبنى المجالات أعلاه عبر سلسلة من مواقف اجتماعية تعبيرية. وإذا لم يمتثل المريض، فيجب أن ذوى الرهابات سوف ينمون إعتقاداً على طول خطوط، من أدائى الاجتماعى ملائم فى مجموعة العلاج، ولكنه لازال غير ملائم إطلاقاً من معظم المواقف الاجتماعية».

٤- علاج الرهاب المحدد:

يتمثل الملمح المركزى فى الرهاب المحدد فى التحيز التأويلى والذي يكون متعلقاً بتهديد مشيرات الرهاب. ومع ذلك، فإن العلاج المعرفى والسلوكى للرهاب المحدد لم يتضمن محاولات مباشرة لتعديل مثل هذه التحيزات والاعتقادات المختلفة وظيفياً الأخرى.

وقد كان تعرض الجسم الحى Vivo exposure هو شكل العلاج الأكثر شيوعاً للرهاب المحدد لسنوات كثيرة. ووجد أنه فعال بصفة عامة. على سبيل المثال، قرر أوست (Ost, 1988) مستوى مرتفع جداً من النجاح بعلاج جلسة واحدة لرهابات محددة تقوم على عرض الجسم الحى. واختلف هذا عن العلاج التقليدى فى أن المريض كان مقدماً بالهيراركى الكلى لمشيرات رهابية فى نطاق جلسة واحدة، واستخدام تقليد النماذج إذا ما تطلب الأمر ذلك. «مؤم «أوست» (١٩٨٩) نجاح هذا الشكل من العلاج كمايلي: «حصل ٩٠٪ من المرضى على تحسن دال إكلينيكياً... وتم تدعيمه عند التتبع بعد ستة

٤ سنوات. وهذه النتيجة جيدة مثل، أو أفضل من، ماتم تقريره بالنسبة لعلاج سلوكى منتظم عبر جلسات متعددة» (ص٦).

كما يوجد دليل بأن رهابات محددة توضح سلسلة من التحيزات التأويلية توضح سلسلة من التحيزات التفسيرية فى وجود مشيرات الرهابية (Thorne & Salkovskis 1995). والنظر إلى هذا الأمر من منظور سلوكى من المشوق فحص التأثير لتعرض الجسم الحى على مثل هذه التحيزات المعرفية. وعلى الأقل جداً قد يزيد هذا فهمنا النظرى للميكانيزمات والعمليات التى تحدد نجاح علاج التعرض فى معالجة رهابات محددة.

٥- علاج اضطراب القلق العام:

إن للمرضى المصابين بالقلق العام سلسلة واسعة من التحيزات التأويلية التى تشبه عن قرب تلك التحيزات التأويلية التى يبينها الأسوياء المرتفعون فى سمة القلق Trait anxiety. ويتبع ذلك أن العلاج المعرفى الناجع لاضطراب القلق العام يحتاج إلى أن يكون مكثفاً بشكل أكثر منه فى حالة اضطرابات القلق المحددة التى نوقشت حتى الآن، وعلى نحو أكثر تحديداً، فإنه يُفترض بنظرية العوامل الأربعة للقلق الإكلينيكى أن المرضى المصابين باضطراب القلق العام قد يمتلكون تحيزات تأويلية بالنسبة لأكثر من واحد (أو حتى كل) من المصادر الأربعة من المعلومات التى تنتج القلق. ونتيجة لذلك، فإن العلاج المعرفى قد يستفيد من تناول كل من هذه المصادر الخاصة بالمعلومات بدورها.

وقد كان يوجد عدد من المحاولات الحديثة لمقارنة نجاح العلاج المعرفى فى معالجة اضطراب القلق العام مقابل صور أخرى من العلاج. ويتضمن العلاج

- 6- Clark, D., Salkovskis, P., Hackmann, A., & Gelder, M. (1994).
A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 104, 109- 109.
- 7- Compton, A. (1992). The psychoanalytic view of phobias: III. Agoraphobia and other phobias of adult. *Psychoanalytic Quarterly*, 61 (3), 400- 425.
- 8- Davison, G., & Neale, J. (1986). *Abnormal psychology* (4th ed.). New York: Wiley.
- 9- Durham, R., & Allan, T. (1993). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *British Journal of Psychiatry*, 163, 19-26.
- 10- Durham, R., Murphy, T., Allan, T., & Fenton, G. (1985). A comparison of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training in the treatment of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 3, 21-36.
- 11- Feske, U., & Chambless, D. (1995). Cognitive behavioural versus exposure only treatment for social

مراجع الفصل التاسع :

- 1- Arntz, A., & Van den Hout, M. (1996). Psychological treatment of panic disorder without agoraphobia: Cognitive therapy versus applied relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 113- 121.
- 2- Beck, A., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- 3- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinican Psychology*, 59, 167- 175.
- 4- Clark, D. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461- 470.
- 5- Clark, D., & Salkovskis, M. (1986). *Cognitive treatment of panic: Therapist's manual*. Oxford: Department of Psychiatry, University of Oxford.

- 18- Hirschfeld, R., & Goodwin, F. (1988). Mood disorders. In J. Talbott, R. Hales, & S. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- 19- Hope, D., & Heimberg, R. (1993). Social phobia and social anxiety. In D. Darlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (2nd ed.). New York: Guilford.
- 20- Hope, D., Heimberg, R., Bruch, M. (1995). Dismantling cognitive behavioural group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 637- 650.
- 21- Lorand, S. (1950). *Clinical studies in psychoanalysis*. New York: International Univ.
- 22- Mersch, P. (1995). The treatment of social phobia: The differential effectiveness of exposure in vivo and integration of exposure in vivo, rational emotive therapy, and social skills training. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 259- 269.
- phobia. A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695- 720.
- 12- Freeston, M., Rheaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433- 446.
- 13- Freud, S. (1955). *Notes Upon a case of obsessional neurosis*. London. Hogarth Press.
- 14- Garssen, B., Buikhuisen, M., & Van Dyck, R. (1996). Hyperventilation and panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 153, 513- 518.
- 15- Gillman, R. (1990). The oedipal organization of shame: The analysis of a phobia. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 357- 375.
- 16- Greenberg, L., Elliott, R., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- 1- Heimberg, R. (1991). *A manual for conducting Cognitive-Behavioural Group Therapy for social phobia* (2nd ed.). Albany, NY: Center for Stress and Anxiety Disorders.

- 31- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571- 583.
- 32- Salkovskis, P. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677- 682.
- 33- Salkovskis, P. (1996). Cognitive-behavioural approaches to the understanding of obsessional problems. In R. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- 34- Salkovskis, P., Clark, D., & Gelder, M. (1996). Cognitive-behavior links in the persistence of panic. *Behavior Research and Therapy*, 34, 453- 458.
- 35- Salzman, L. (1980). *Psychotherapy of the obsessive personality*. New York: Pronson.
- 36- Stuartberg, M., & Stiles, T. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 59, 704- 714.
- 23- Nemiah, J. (1984). In T. Insel (Ed.), *New Findings in Obsessive Compulsive Disorder*. Washington, DC.: American Psychiatric Press. (7-9).
- 24- . . . nan, J. (1971). An obsessive-compulsive reaction treated by induced anxiety. *Amer. J. Psychother.*, 25 (2), 293- 299.
- 25- Ost, L.(1989). One-session treatment for specific phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.
- 26- Otto, M., Geuld, R., & Pollack, M. (1995). A meta- analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819- 844.
- 27- Prochaska, J., & Norcross, J. (1994). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- 28- Rapee, R., & Hayman, K. (1996). The effects of video feedback on the self-evaluation of performance in socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 315- 322.
- 29- Rogers, C. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: Unive. Chicago.
- 30- Taskin, N., & Rogers, C. (1989). Person-centered therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies*. Itasca IC: Peacock.

- 42- Wells, A., Clark, D., Salkovskis, P., Ludgate, J., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviours in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.
- 43- Zerbe, K. (1990). Through the storm: Psychoanalytic theory in the psychotherapy of the anxiety disorders. *Bull. Menninger Clin.*, 54 (2), 171-183.

- 37- Thorpe, S., & Salkovskis, P. (1995). Phobic beliefs: Docognitive factor play a role in specific phobias? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 805- 816.
- 38- van den Hout, M., Arntz, A., & Hoekstra, R. (1994). Exposure reduced agoraphobia, but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 447- 451.
- 39- Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79- 87.
- 40- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273- 280.
- 41- Williams, S., & Falbo, J. (1996). Cognitive and performance-based treatments for panic attacks in people with varying degrees of agoraphobic disability. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 253-264.

الفصل العاشر

علاج الانتحار

قبل أن ننتقل إلى معالجة الانتحار، سوف نتناول كيفية التدخل في حالة المخاطرة للانتحار، كما سنعرض للتدريب وحفظ السجلات الخاصة بهؤلاء الذين في مخاطرة الانتحار.

أولاً: التدخل في حالة المخاطرة بالانتحار

Intervention in Case of Suicide Risk

يقترح بعض الكتاب أنه لا يوجد شخص إنتحاري ١٠٠٪، وأن التدخل في ذلك قد يؤدي دائماً إلى فرصة (Shneidman, 1985). «إن تقييم علامات التذو... يمكن أن يُترجم إلى أعمال إنقاذ الحياة بواسطة عمال الأزمة أو أي شخص آخر في القرب الزماني أو المكاني البدني أو الإنفعالي الخاص بأشخاص إنتحاريين... ومع ذلك، إذا ذهبت عوامل المخاطرة، وإشارات، أو صيحات المساعدة للمساعدة دون ملاحظة أو تبين، فإن الفرص الخاصة بتدخل فعال تنخفض بشدة» (Gilliland & James, 1993: 135) .

والهجوم Thrust الأساسي للتدخل يجب أن يكون لمنع قرار غير قابل للإلغاء فيُتخذ في حين لا يكون الشخص منطقياً أو واعياً تماماً بكل الإختيارات والبدائل (Slaikeu, 1990). ومثل هذا «الهدف الخاص بإنقاذ حياة إنسان يفوق التمسك التام بالسرية». والتدخل (طبقاً لسلايكو ١٩٩٠) يتكون من ثلاث خطوات على الأقل، هي:

١- إنتاج حلول ممكنة Generation of possible solution.

٢- عمل ملموس Concrete action .

وإذا هدد عميل بالانتحار، فإن هذا قد يُفهم على أفضل وجه كتعبير عن ثنائية وجدانية Ambivalence معينة، وإحدى أهم مهارات الوقاية من الانتحار التي يمكن أن يمتلكها مقدم رعاية الصحة النفسية هي القدرة على تبين تواصل العميل بخصوص الانتحار (Firestone, 1997) . وإن التهديدات أو الاتصالات الخاصة بالانتحار ليست لفظية دائماً ولكنها نوعاً ما قد تتكون من مجموعة أو نموذج من السلوك الذي يمكن تبينه بواسطة المعالج كاستعدادات للانتحار أو تأمل التصرف. ويمكن جمع أمثلة من الاتصالات غير اللفظية Nonverbal communications عن الانتحار من عوامل المخاطرة التي تم مناقشتها (في كتابنا: علم النفس المرضي) (على سبيل المثال، مريض مكتئب الذي يصبح هادئاً فجأة، ويتوقف عن الشكوى من ألم نفسي، ويُكون إرادة، ويكتب خطابات إلى أعضاء الأسرة، وله طاقة متزايدة يحتاج إلى أن يقترب نحو الانتحار).

وما يستحق التكرار أن الحديث إلى العملاء عن الانتحار لا يجعلهم يقومون به. وفي الحقيقة، كما بين فاجيمورا وزملاؤه Fujimura et al., (1985:613) . «لا ينقاد الناس إلى الانتحار عن طريق شخص يقدم الرعاية ويستفسر عما إذا كانوا إنتحاريين أو غير ذلك. ومع ذلك، قد ينقاد الناس إلى الانتحار بتجنب الموضوع من جانب المستمع الذين يحتاجون منه إلى استجابة مختصة».

وقد نوقشت من قبل سمات المرشد ببعض التفصيل. ومع ذلك فإنه يستحق تكرار أن الإكلينيكين يبقون توكيديين وهادئين على أفضل وجه لتسهيل الصلة والثقة. ويجب أن لا يصيبهم الذعر أو الرعب، لئلا يشعروا أنهم

غير قادرين على مساعدة العملاء الإنتحاريين المذعورين أو المرتعبين أنفسهم. ولا يكون مقدم رعاية الصحة النفسية المرتعب قادراً على عمل «كل مجهود لضمان أن شخصاً إنتحارياً يصل إلى مساعدة مهنية ملائمة» (Meyer & Deitsch, 1996: 385) . وهذه الناحية هي التي يشعر كثير من المؤلفين أنها الأكثر أهمية لتدخل ناجح في الانتحار.

وعندما يكون التدخل في الانتحار ضرورياً، بمعنى أنه إذا أظهر التقييم وجود مخاطرة دالة وأن المعالج يجب أن يأخذ خطوات لحماية العميل من الضرر، فيجب على الإكلينيكي أن يتحول إلى صيغة تدخل في الأزمة للتفاعل مع العميل، تاركاً الحياذية والتفاعلات العلاجية التقليدية. ويعنى هذا أن المرشد يصبح أكثر نشاطاً، ومباشراً، وإذا توجه لحل المشكلة، وأقل اهتماماً برعاية الاعتمادية (Seligman, 1996). ومع ذلك، يفعل الإكلينيكي هذا باحترام، وكذلك على نحو تعاوني مع العميل بقدر الإمكان. وطوال التقييم والتدخل، يحتاج المعالج إلى محاولة إدارة الموقف بشكل هادئ. بقدر الإمكان. وبكلمات أخرى، فليس كل عميل يتلفظ بتفكير إنتحاري يجب إدخاله المستشفى. وسوف يحاول الإكلينيكي أخذ خطوات عديدة في البداية للتعامل مع العميل على أساس علاج خارجي موضع ثقة، وبعد ذلك قد يتحرك إلى إدارة علاج خارجي يتضمن آخرين (أى، توسيع الثقة الخاصة بالموضوع)، ويتحرك فقط إلى علاج إرادي، وفي النهاية إلى علاج إلزامي إذا لم تنجح إختيارات أخرى.

وفى حين لا زال يحاول أن يدير الموقف فى محيط العلاج الخارجى الأقل تقييداً المتسم بالثقة، يحدد الإكلينيكي أهدافاً واضحة للجلسة ويفرض هذه الأهداف على العميل، حتى إذا لم يكن العميل فى إتفاق تام (Meyer & Detisch, 1996) . وتشيل هذه الأهداف من أهداف العميل على

زيادة تبين الإختيارات التي غير الإنتحار، ومساعدة العميل على تخفيض الرؤية القاصرة، وتحسين المعالجة المعرفية وقياس الحقيقة، وتخفيض الأعراض الحادة للاستشارة أو القلق (Clark, 1995)، والتركيز على تأخير وتصرف العميل الإنتحاري (Slaikeu, 1990). وقد ينجز الأخير عن طريق تبين تعذر وبالإضافة إلى ذلك، يحتاج مقدم الرعاية الصحية إلى أن يدعم محاولات العميل على المواجهة بمساعدة العميل على « (١) فصل التفكير عن الفعل، (٢) تدعيم التعبير عن الوجدان. ، (٣) توقع عواقب من الفعل. ، (٤) التركيز على تعجيل الأحداث والبدائل البنائية » (Gilliland & James, 1993: 150). كما قد يبين الإكلينيكي أن الانتحار يمكن وقوعه دائماً بمجرد أن لم يعد العميل في أزمة ويستطيع إتخاذ قرار أكثر توازناً.

وإذا لم تكف هذه التدخلات غير الإقتحامية نسبياً لتخفيض مخاطرة العميل على نحو دال وكاف، فإن أعمال إضافية تحتاج إلى أن تؤخذ في الاعتبار. والخطوة الأولى هي في الغالب محاولة عمل عقد خاص بالانتحار مع العميل (Boylan et al., 1995) ويؤيد مثل هذا العقد الخاص بالانتحار أنه، حتى مع أن المعالج أو المرشد يكون على وعى بأن العميل يريد حقيقة أن يتابع الحق في إرتكاب الانتحار، فإن المعالج يريد أن يعقد إتفاقاً مع عميل معين بأن لايفعل العميل هذا. ويعتمد عقد الإنتحار بشدة على مصداقية العميل وليس إختياراً إذا إعتقد الإكلينيكي أن العميل يمكن أن يوافق على أى شىء لإبقاء الإكلينيكي واثقاً للعميل من إرتكاب فعل الإنتحار. وعقد الانتحار . منح بجلاء إسم العميل والمعالج إتفاق بخصوص إطار زمني لن يستشير العميل خلاله أى أذى، ووقت الموعد التالي مع الإكلينيكي، وإتفاق لنبدأ كل الم

ضرورة لتنفيذ خطة الانتحار، ومصادر المساندة إذا كان لابد أن يزيد تفكير العميل في الانتحار. ويوضح الشكل (١) عينة من عقد الانتحار.

عينة عقد الانتحار

أنا (إدخال إسم العميل) أوافق على أن لا أقتل نفسي، أو أحاول قتل نفسي للفترة الزمنية التي تبدأ الآن (أدخل التاريخ والوقت الحاليين) حتى (أدخل وقت المقابلة والاتصال التاليين). أوافق على إستدعاء أعضاء الأزمة على بطاقة الأزمة المعطاة لى اليوم بواسطة الإكلينيكي الخاص بى. (أدخل إسم الإكلينيكي)، إذا كان لابد أن يكون لى الحافز لقتل أو إيذاء نفسي فى أى لحظة خلال هذه الفترة الزمنية. أوافق على أن أحضر إلى موعدى التالى فى (أدخل اليوم والتاريخ) فى الساعة صباحاً/مساءً (أدخل الوقت المحدد للموعد مع (إدخال إسم الإكلينيكي)). أوافق على التخلص من كل الأشياء التى فكرت فيها بخصوص إستخدامها لقتل نفسي وعلى وجه التحديد، سوف أنبذ (أدخل رقم الهاتف

شكل (١) عينة عقد الانتحار

عينة عقد الانتحار

حيث يمكن الإتصال بالإكلينيكي) بمجرد أن أكون قد نبذت الوسيلة لأؤكد أنني فعلت هذا. إذا لم اتصل حتى (ادخل وقتاً لاحقاً اليوم)،

سوف يتنبه الإكلينيكي الخاص بي أسرتي والشرطة.

أنحقق أن هذا العقد هو جزء من عقد علاجي مع الإكلينيكي الخاص بي (أدخل إسم العيادة أو المستشفى... إلخ). أنا على وعي بأن الإكلينيكي الخاص بي يمكن أن ينقض إتفاق السرية إذا لم ألتزم بعقد الإنتحار.

إمضاء العميل

إمضاء الإكلينيكي

التاريخ والوقت

تابع شكل (١) عينة عقد الانتحار

وتُصمم على أفضل وجه كل التفاعلات حول تأسيس عقد الإنتحار. يمثل هذه الطريقة لإبقاء قدر ما يمكن إتخاذه من القرار على جانب العميل. وهذا، فإن عقد الإنتحار يتم التفاوض عليه وليس مفروضاً (Gouldland & James, 1993). وعقد الإنتحار له نفس كل العناصر الموجودة في أى عقد علاجي آخر (أنظر: Hutchins & Vaught, 1997). وبهذه الطريقة، فإن له خصوصية بالنسبة للسلوك الخاص بالدريشة (في هذه الحالة القيام بالإنتحار)، ويوضح الإطار الزمني الناقد المفعول بالنسبة إليه، ويؤجل الإشباع أو العسر.

وبشخص، ويترك الضبط مع العميل إلى مدى أكبر ممكن، ويوضح عواقب عدم الإذعان. ويبحث عن مدخل العميل خلال وصف فترة زمن العقد، كما يستطيع العميل أن يتعاون في إعداد بطاقة الدعوة للطوارئ (على سبيل المثال، يمكن أن يضيف أرقام تليفونات الأصدقاء أو أعضاء الأسرة الذين يمكن إستدعائهم بدلاً من أو بالإضافة إلى رجال الشرطة). ويمضى العميل بمعية زوجته، Feedback بخصوص أى خطة محتملة متضمنة (على سبيل المثال، ماذا سوف يحدث إذا لم يستدع العميل مقدم رعاية الصحة النفسية في وقت محدد؟). وإذا كانت الوسيلة الضرورية المتاحة لتنفيذ الخطة مع العميل في الجلسة (على سبيل المثال، إذا كان مع العميل البندقية)، فيصادر المرشد هذه الوسيلة مباشرة ويُضمن المعلومات في عقد الإنتحار. علاوة على ذلك، يشتمل على المعلومات الخاصة بموعد وكيفية إعادة هذه الممتلكات إلى العميل. وفي بعض الأحيان قد يتضمن عقد الإنتحار أعضاء أسرة العميل. وإذا كانت هذه هي الحالة، فإن هؤلاء الأفراد يتصل بهم العميل والإكلينيكي خلال الجلسة بحيث يستطيع الإكلينيكي أن يتأكد من إتاحة ومسئولية هؤلاء الناس. ومع ذلك، يشير عادة إنغماس الأسرة والأصدقاء إلى أن الإكلينيكي قد قيم المخاطرة المقدمة عن طريق العميل على أنها أشد، أى أن التدخل قد تحرك إلى مستوى آخر من القيد أو الكبح.

وإذا بدا أن عقد الإنتحار الذي يتضمن العميل فقط لا يكفي، فإن المعالج أو المرشد يمكن أن يأخذ في الاعتبار عقد إنتحار يشمل إنغماس الأسرة. ويمكن أن يمتد مثل هذا الإنغماس للأسرة إلى حد كبير. وكلما أخذ الإكلينيكي في الاعتبار تعبئة مصادر الأسرة والمجتمع أو شبكات الدعم، فإنه من الأفضل (إذا كان ممكناً على الإطلاق) الحصول على إذن العملاء لعمل هذا بجعلهم

يوقعون على أذن معلومات ملاتمة. ويترك هذا التحكم مع العميل ويكون أقل تطفلاً من قرار الإكلينيكي وحيد الجانب لخرق السرية. ومع ذلك، إذا كان من الواجب تضمين أسرة أو آخرين ويرفض العميل أذن المعلومات فإن مقدم رعاية الصحة النفسية يستطيع أن يهيمن على العميل ويستطيع أن يتصل به سره أو باحريس يساهمون في سحاس رسم ديت. وقد يمدد سبب بالآخرين للدعم والمساندة للعميل على نحو متناوب: بمعنى يستطيع العميل إما أن يوافق على تضمين مساندة الناس أو يستطيع السعى للإدخال إلى المستشفى.

وإذا ما ضُمن الأُغراب (سواء بموافقة أو بدون موافقة العميل)، فإن هذا يعمل للحث على خدمة القضية، وليس للمساندة فقط، ولكن أيضاً للرعى والفهم من أعضاء وأصدقاء الأسرة الذين يتم الإتصال بهم (Clark, 1995) وإذا كان العميل إنتحارياً بشدة على نحو كاف إلى حد أن الإكلينيكي لا يرى اختياراً سوى أن يُضمن الأسرة أو يُدخل المستشفى، فإنه من المهم تضمين أعضاء الأسرة والأصدقاء الحميمين على أى حال لأنهم الأشخاص الذين يستطيعون أن يمنعوا، ليس فقط محاولات الإنتحار الحالية ولكن محاولات الانتحار المستقبلية كذلك. إنها الأسرة والأصدقاء بعد كل شيء هم الذين حول العميل في الغالب الأعم من الإكلينيكي. ومن المهم تعليم أعضاء أسرة العملاء الإنتحاريين على نحو مزمّن كيف يقيّموا ويتدخلوا في مواقف الطوارئ حينما يتلفظ العميل بتفكير إنتحارى أو يقوم بتهديدات متروكة. ويحتاج أعضاء الأسرة وآخرون هامون أن يتعلموا تحديد الإشارات المعطاة بواسطة العميل وأن يتبينوا هذه الصيحات للمساعدة على تأكيد تدخل مراقبة فعالة ومبكرة (Gilliland & James, 1993).

وعند تضمين الأسرة أو الأصدقاء، فإنهم يستطيعون أن يساعدوا في وظائف عديدة. فيمكن أن ينغمسوا في إزالة الوسائل التي حددت الإنتحار، ويمكن أن يكونوا مع العميل حتى لا يوجد وقت لا يتم فيه الإشراف عليه، ويمكن أن يقدموا مثلاً مؤقتاً، ويمكن أن يساهموا في خدمات المساندة مثلاً الطعاه، والمساعدة في التسوق، ورعاية الطفل، والنقل، ويمكن أن يقدموا مساندة إضافية بالاتصال في فترات منتظمة، وهكذا، ويُملَى مستوى إنغماسهم بوضوح عن طريق مستوى المخاطرة المقدمة بواسطة العميل. فكلما إرتفعت المخاطرة، كلما زادت كثافة الإنغماس. ويجب أن يسعى الإكلينيكي إلى توجيه حذر من العميل بالنسبة لإختيار من يتم تضمينه. ويجب على الإكلينيكي أن يصل إلى إستنتاجات في هذا الخصوص، وبالرغم من أنه قد يوجد قرين، فمن الممكن تماماً أن هذا ليس هو الشخص المناسب لجلبه داخل هذا الموقف. ومن المهم التأكد من أن الشخص (الأشخاص) المتضمنين لا يكونوا أناساً يساهمون في الضغط على العميل أو أسوأ من ذلك يكونوا مشيرات للعميل (على سبيل المثال، والدين مزعجين أو عقابيين، أو أقران متعسفين، أو أطفال عاجزين، أو أصدقاء مكتئبين وإنتحاريين). وبكلمات أخرى، ليس هذا الوقت الذي يجب أن ينغمس فيه أناس ذوو تاريخ من الصراع مع العميل. وإذا لم يوجد أعضاء أسرة أو أصدقاء لا يكون للعميل صراع معهم، فإن الإكلينيكي يواجه قراراً، هل من الممكن أن يسوى الصراع الشخصى ويستخدم عضو الأسرة أو الصديق كمصدر؟، أو هل يجب إدخال العميل المستشفى؟. وفي النهاية، في حالة تضمين آخرين، من المهم أن تتوازن إحتياجات سرية العميل مع إحتياجات الأمان (Gilliland & James, 1993). وهكذا، فإن تضمين رئيس أو مشرف

قد يحتاج إلى أن يكون ملجئنا أخيراً حتى لا يتعرض موقف إستخدام العميل إلى الخطر (الذى لن يصلح إلا لإضافة ضغط على حياة العميل)

ولأن الإكلينيكيين يتحركون على طول متصلا

معييم المحاطرة فتدحلات تؤخذ في الاعتبار في الإشتراك والتعاون مع العميل، ويتخذون كذلك قرارات بخصوص الإستعداد بمجرد أن يترك العميل المكتب. ويشير هذا القرار إلى متصل الرعاية الذى يمتد من علاج خارجى مكثف، إلى دخول إرادى للمستشفى، إلى دخول لا إرادى للمستشفى أو إيداع بإحدى المؤسسات. ويتكون العلاج الخارجى المكثف من عدد متزايد من الإتصالات المجدولة بالإكلينيكي وكذلك تزويد العميل ببطاقة بها معلومات محلية عن المصادر التى تملك خطأ ساخناً طوال ٢٤ ساعة بالنسبة لظروف الأزمات. وإذا أختير مثل هذا العمل المكثف للعلاج الخارجى بإعتباره أفضل وسيلة للتدخل، فيجب عمل عقد إنتحار ويجب أن تُعطى إعتبارات جادة لتضمن أعضاء الأسرة. ويجب أن يعمل العميل إلزاماً قوياً للإستفادة من إتصالات الطوارئ. إذا ما كان لابد لأزمة الإنتحار أن تتواتر بين الجلسات والإتصالات المجدولة.

وإذا ما ظن أن العميل غير قادر على كبح الدفعات الإنتحارية، فإن الدخول الإرادى إلى المستشفى يمكن أن يؤخذ في الاعتبار ويُبادر به عن طريق تعاون العميل. ومن الواضح أن دخول المستشفى الإرادى يفضل كثيراً عن الإلتزام اللا إرادى لأنه يُبقى الإختيار بالنسبة للعلاج مع العميل ويُرى بصفة عامة بواسطة العميل والإكلينيكي كمسعى تعاونى بالنيابة عن العميل، وليس إقتحاماً على العميل أو سلباً للتحكم من العميل. وإذا رفض العميل العلاج الداخلى الإرادى، فإن هذا الرفض قد يكون أكثر إنعكاساً لحالة عابرة من اليأس منها إلى رفض حقيقى للمساعدة (Clark, 1995).

وإذا وافق العميل على الدخول الإرادى إلى المستشفى، فإن خطوات ضرورية تحتاج إلى أن تؤخذ تماماً فى الزمان والمكان لتسهيل العملية. ويجب أن يكون ذلك فى بيئة آمنة حيث يمكن للمرافق المتاحين للمريض أن يكونوا قريبين من المريض. والمرافق المتاحة للعميل ويجب أن تكون أرقام التليفونات فى تناول يده. ويتعاون العميل والمعالج حينئذ فى الإتصال بهذه المرافق لتأمين موقع العلاج للعميل ولجعل المرفق يعلم أن العميل فى الطريق السليم. وبمجرد تحديد موقع العلاج وتأمينه، يتحول العميل والإكلينيكي إلى موضع نقل العميل إلى المرفق. ومن الأفضل عدم الإعتماد على العملاء لنقل أنفسهم، حتى لو كانت سياراتهم فى الموقف. ومن الأفضل تدوين مساعدة عضو أسرة موثوق فيه أو صديق لمقابلة العميل فى مكتب الإكلينيكي ونقل العميل إلى المرفق. وإذا لم يوجد أعضاء أسرة أو أصدقاء متاحين، أو إذا رفض العميل تضمينهم، فقد يحتاج إلى إستدعاء سيارة أجرة، مع تسليم المرشد للسيارة وإعطاء السائق تعليمات بخصوص الجهة والحاجة إلى الذهاب إلى هناك بدون التحول عن الطريق المباشر. وفى بعض المجتمعات، من الممكن إسناد المساعدة لموظفى تنفيذ القانون المحلى أو حراس الأمن للتزويد بالنقل، حتى فى حالات الدخول الإرادى للمستشفى. ومع ذلك، فإن هؤلاء الموظفين، فى أماكن كثيرة، لن يساعدوا مالم يبادر بالإلتزام. ومن الأفضل للمعالجين أن يعرفوا ماهى الإختبارات الموجودة قبل أن يبدأوا الممارسة فى محيط أو مجتمع معين وبذلك لا يكون عليهم أن يعلموا عن هذه المصادر فى حين تكون الأزمة جارية.

وإذا إعتبرت أوضاع العملاء مهلكة وخطيرة على نحو مرتفع ولكنهم يرفضون فحص أنفسهم فى مرفق علاج داخلى على أساس إختيارى، فإن الإكلينيكي يحتاج أن يعمل على إدخال العميل المستشفى كرهاً. وليس من

غير الشائع للعلاء الذين رفضوا الدخول الإختيار إلى المستشفى أن يوافقوا بعد ذلك، بمجرد مواجهتهم بالحقيقة بأنهم بغير ذلك سوف يُجبرون على العلاج الداخلي كرهاً. وغالباً ما يؤثر القرار بالدخول إلى المستشفى بشكل إرادي أولاً إرادي على المكان الذي يدخل فيه المريض، وبسبب هذه السهولة من المدة إرادياً أكثر مرغوبة من منظور العميل. وغالباً ما تقود الإلزامات إلى إدخال المستشفى النفسية التي تدار بالولاية المحلية والتي لا تهدف للربح وإختيار يتجنبه كثير من المرضى (إذا ما أخذ في الإعتبار الجودة الأقل للبيئات ووصمة العار الاجتماعي الكبرى). ومن ناحية أخرى، فإن إدخال المستشفى الإرادي، يكون بصفة عامة إلى مستشفيات طب نفسية خاصة أو إلى وحدات طب نفسية في مستشفيات عامة أو مستشفيات تعليمية، وهو محيط أكثر تفضيلاً بالنسبة لمعظم العلاء. وعند المواجهة بهذه الإختيارات، فغالباً ما يغير العلاء منظورهم ويختارون تعيين مكان إرادي أكثر إلزاماً.

وإذا كان الإلزام ضرورياً، وأحياناً يكون كذلك، بصفة خاصة إذا كان لدى العميل أعراض طب نفسية شديدة تخفف قياس الحقيقة حتى أكثر من ذلك، فيجب على الإكلينيكي أن يعنى بالحصول على معلومات كافية للمصادرة بإجراءات الإلزام. وعلى نحو أكثر تحديداً، يجب أن يكون لدى الإكلينيكي بصفة عامة دليلاً على أن العميل لديه مرض نفسي قابل للتشخيص بمعايير دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM-IV) ويقدم بوضوح خطراً على الذات. ولهذا السبب، فمن المهم أن يكون قد نظم المعلومات التي جُمعت من العميل إلى هذا الحد ويكون قد قام بتشخيص DSM-IV أولاً على الأقل. ويجب أن يكون الإكلينيكي مستعداً لأسئلة خاصة بتقييم مستوى خطر العميل. وبالنسبة للإدخال الإرادي إلى المستشفى، فإن التعهد يُدار به في

وجود العميل في مكتب الإكلينيكي. ويحتاج المعالج أو المرشد أن يعمل بإحكام أو بجودة كبيرة مع العميل لمحاولة إبقاء علاقة علاجية بالرغم من الطبيعة الإلزامية لإجراءات الإلزام. وإنغماس العميل في كل الخطوات بأكثر ما يمكن سوف يسهل المحافظة على العلاقة العلاجية، يجب أن تصاحبه أقصى مدى في نطاق مستوى تعاون العميل (Clark, 1995). وتختلف الطبيعة الدقية لعملية التعهد الإلزامي بشدة من حالة إلى حالة وعبر أوراق الإعتماد الخاصة بمقدم رعاية الصحة النفسية. وفي معظم الحالات تكون العملية أسهل للممارسين الحاصلين على درجة طبية (على سبيل المثال، أخصائي طب نفسي حاصل على درجة الماجستير أو درجة الدكتوراة) ورخصة للممارسة بشكل مستقل (على سبيل المثال، أخصائي نفسي حاصل على رخصة). وتبدأ عملية التعهد عادة بالتماس إلى قاض أو حاكم من أجل أمر من طرف واحد فقط. وإذا ما وجد هذا الإلتماس بواسطة الموظف الرسمي أنه ملائم ومرخص، فإن هذا الشخص يصدر وصاية مرخصة تقرر أساساً أن العميل سيوضع في وصاية مرفق طب نفسي من أجل تقييم لاحق. ويحتاج هذا التقييم إلى أن يحتل مكاناً في غضون فترة معينة من الزمن (٧٢ ساعة في العادة، ولكن في أي مكان من ٢-١٠ أيام اعتماداً على الحالة). وسوف تُقدم النتائج في جلسة إستماع محتملة في نهاية هذه الفترة. وخلال جلسة الإستماع يُصدر قاض حكماً بالنسبة لما إذا كانت عملية قانونية قد إثبتت نيابة عن العميل وكذلك حاجة العميل لأن يكون متعهداً به.

وفي بعض الحالات، يكون الأطباء والأخصائيون النفسيون المرخصون قادرين على توقيع إستمارة الإلتماس الأولى إلى المحكمة التي تمهد السبيل لترخيص الرعاية. وتُسمى هذه الإستمارة طلب موظف السلام في ولاية ألاسكا

(إسم هذه الاستشارة يختلف من ولاية إلى ولاية)، ويتم توقيعتها عادة إما بواسطة موظف السلام أو طبيب حجرة الطوارئ. وسوف ينسب العميل الذي يحمل طلب موظف السلام الذي يشير إلى مخاطرة إنتحار المريض إلى تعهد المريض بالبقاء في المستشفى. بمجرد أن تجرى الهيئة المختصة بالمرق تقييمها الخاص، تتصل بالمريض وتضمن رخصة الرعاية. وبعد ذلك تجرى المستشفى جلسة الاستماع المحتملة. إذا كان العميل يحتاج إلى البقاء إلى ما بعد فترة التعهد الأولية.

ولا يستطيع الإكلينيكي بدون مستوى الدكتوراه أن يوصى بطلب موظف السلام، ليعمل مستقلاً عن مشرف بأوراق الاعتماد الضرورية. سيكون عليه أن يجتاز محكمة الاشهاد (قسم فرعى لمحكمة الولاية الأعلى) التي أمر من طرف واحد من قاض. ولعمل هذا، سيكون على الإكلينيكي أن يثبت الإلتماس شخصياً لتلقى الأمر بالتعهد أو ترخيص الوصاية بالنسبة للمريض. ومن الواضح أن هذا لن يكون كافياً أو حتى عملية ممكنة إذا كان العميل في الإنتحار في مكتب الإكلينيكي في تلك اللحظة. وهكذا، فإن الرئيس ذى مستوى الماجستير قد يريد أن يبحث عن مساعدة من موظفين مدربين قانونياً يمكن أن يكملوا طلب السلام الخاص بالموظف، ويأخذ العملاء إلى المستشفى، وبعد ذلك ينقلهم إلى المرق الطبى. وهذه المشكلة الكامنة وراء العملية هي أن موظفى السلام الزائرين للعيادة يجب أن يقوموا بتقييمهم صراحة للوضع النفسى للعميل، وإذا أنكر العميل التفكير الإنتحارى لموظفى العيادة فإن الأخير قد يقرر عدم إكمال طلب موظف السلام. وبمجرد أن يكون العميل قد نُقل إلى المرق، فسوف يُجرى تقييم آخر بواسطة هيئة المستشفى وسوف يقرر بدعوى تعهد حيث تبحث المستشفى عن إلتماس من القاضى الذى سوف يقرر

ترخيص الوصاية بالنسبة للعميل. ويستمر التعهد المبدئى ٧٢ ساعة فقط، بعد هذه الفترة الزمنية، ويجب أن يعطى العميل جلسة إستماع ويجب أن يقرر القاضى ما إذا كان العميل يبقى فى نطاق المرق (أى، يستمر يقدم تهديداً للأمن - - - - -).

ويتم تسهيل التعهد اللا إرادى بشدة إذا تعاونت أسرة العميل ووافقت. ومع ذلك، فى الأوقات التى قد يبادر فيها بدعاوى، ليس فقط ضد رغبات العميل، بل كذلك ضد رغبات الأسرة. فإذا حكم الإكلينيكي بأن العملاء يقدمون مخاطرة غير مقبولة، فيجب أن يبادروا بتعهد لا إرادى حتى تحتى مثل هذه الظروف العدائية للأسرة. وفى الحقيقة، يجب عمل هذا، حتى إذا هددت أسرة العميل بعمل إجراء قانونى ضد مقدم رعاية الصحة النفسية، وذلك لحماية العميل من الأذى وحماية الإكلينيكي من عواقب قانونية (Clark, 1995). والإكلينيكي غير مسئول عن إنتهاكات الثقة فى هذه الحالة، لأن العميل وقع على موافقة معلومة قبل بدء العلاج لخصت بوضوح صور الحد من السرية. ولا توجد حالات أو مجموعة من الخطوط الإرشادية الأخلاقية التى ليس لها إستثناء بسبب إيذاء الذات. وتدخل للمرشد أن يفشى معلومات حاسمة عن العميل إذا ما هدد العميل بالانتحار ويعتبر فى مخاطرة مرتفعة بالنسبة لتنفيذ الفعل. وفى الحقيقة، من الأكثر احتمالاً أن الإكلينيكيين سوف يواجهون إجراء قانونياً إذا كان لابد من أن لا يختاروا الإدخال إلى المستشفى ويحاول العميل الانتحار.

وخلال أو مباشرة بعد الأزمة الانتحارية مع العميل، يحتاج المعالج أو المرشد أن يسعى إلى استشارة أو إشراف ملائم، إعتياداً على مستوى التدريب. ويحتاج الإكلينيكي أيضاً- إلى أن يقوم بإحالات ملائمة للعميل، بصرف النظر

عن مستوى التدخلات (أى، علاج خارجى مقابل علاج داخلى). وقد تكون الاحالة الطبفسية من أجل تقييم الحاجة إلى مداواة (Hood & Johnson, 1997). وهذا حقيقى بصفة خاصة إذا كان التفكير الانتحارى والإيماءات

الانتحارية، يمكن للعميل والإكلينيكى أن يعودا إلى العمل العدمى الذى بدأه أو كانا على وشك أن يبدأه حينما حدثت الأزمة الانتحارية. وسوف يتبع هذا العمل العلاجى نفس الإجراءات والعمليات الملخصة فى مكان آخر بهذا الكتاب. ومع ذلك، فإن الإكلينيكى الذى يعمل مع عميل واجه أزمة إنتحار يحتاج إلى أن يبقى حذراً ويقظاً حتى لا يخطأ علامات التواتر وينطبق هذا بصفة خاصة خلال الأسابيع القليلة بعد أزمة الإنتحار، بصفة خاصة إذا تم إدخال العميل إلى المستشفى. وهذه فترة عالية الخطورة بالنسبة لكثير من العملاء، ويجب أن يبقى الإكلينيكىون على وعى ولا بد أن يتناولوا قضية التفكير الإنتحارى على نحو منتظم (Meyer & Detisch, 1996).

ثانياً: التوثيق وحفظ السجلات

Documentation and Record Keeping

يقول محاميو إساءة الممارسة الشاكين فى حسن النوايا «أن ملاحظات الدكاترة أكثر أهمية من الممارسة الإكلينيكية». وببالغ المحاميون ولداً هذه النقطة صحيحة بشكل أساسى. فإذا ما جاءت دعوى، يجب أن يعتمد الدفاع على ملاحظات الإكلينيكى المكتوبة فى ذلك الوقت. وبعد تفسيرات الملاحظة مكتوبة أو شفوية، تكون قليلة الاستخدام» (Beck, 1987: 698). ويجب هذا التحذير بوضوح إلى أهمية التوثيق المكتوب للمادة بعد أن أجرى التقييم والتوثيق للإنتحار. ويجب أن يحدث مثل هذا التوثيق مباشرة، ويجب

يكون كاملاً، ويجب أن يعكس عملية التفكير الكاملة التى خاضها الإكلينيكى فى العمل مع العميل، وتكون الإقتباسات الحرفية مفيدة لأنها تكون إستشهادات ذات معايير خاصة بالرعاية التى إتبعته براسطة مقدم الرعاية

ويُقدم لاحقاً مثال خاص بملاحظة على التقدم الذى يمكن أن يُكتب بعد أزمة الإنتحار مع العميل. وهذا المثال (الذى يستخدم نفس المثال الذى إستخدمه العميل فى برمس (Brems, 1999) يلخص للقارىء كيف يعمل إتفاق ملائم للإنتحار ويغضى كل التحذيرات التى تم ذكرها سابقاً. كما يلحق أيضاً بملاحظة التقدم نسخة من عقد الإنتحار وأعضاء الأزمة الذين كانوا مقدمين للعميل. ويجب كذلك نسخ وإرفاق أى مستندات مكتوبة أخرى مُعدة مع العميل خلال الجلسة. وأى مكالمات تليفونية أجريت بالإضافة إلى المكالمات المتضمنة فى المثال يجب أن تُسجل بنفس الطريقة، وأى قصاصات خاصة برسائل تم إستلامها عن حالة العميل (على سبيل المثال، رسائل من أعضاء الأسرة أو مهنين آخرين يعيدون إتصالات عن العميل) تحتاج إلى أن تُرفق كذلك (مع وقت وتاريخ الإستلام).

وفى النهاية يقدم باترسون وزملاؤه (Patterson et al., 1983) وسيلة تساعد على تقوية الذاكرة بالنسبة للإرشاد فى تقييم العميل الإنتحارى، لمساعدة الإكلينيكين على تذكر معظم النواحي الحاسمة لتقويم الانتحار. وهذه الوسيلة SAD PERSONS تلفت الإنتباه إلى معظم العوامل المتعلقة بالمخاطرة التى قد حُددت فيما كُتب عن الموضوع، وهى كما يلى:

- S ترمز إلى الجنس (ذكور - إناث).
- A ترمز إلى العمر (أكبر - أصغر).

D ترمز إلى الإكتئاب.

P ترمز إلى محاولة إنتحار سابقة.

E ترمز إلى سوء إستعمال الكحول الإيثيلي.

A ترمز إلى عدم التمييز المنطقي.

S ترمز إلى نقص المساندة الاجتماعية.

O ترمز إلى خطة منظمة.

N ترمز إلى المرض (بصفة خاصة مرض مزمن أو نهائي).

وهذه الوسيلة التي تساعد على تقوية الذاكرة تُستخدم كذلك كمقياس يمكن تصحيحه بدرجة تتراوح من صفر - ١٠. وبصفة خاصة، تُعطى النقطة ١ لوجود أى بُعد يُعين بواسطة المقياس. ويوصى مبتكرو المقياس بأن العملاء يجب أن يدخلوا المستشفى إذا أظهروا ٧ - ١٠ من الأعراض، ويشجع العملاء على الأخذ فى الاعتبار دخول إرادى إلى المستشفى إذا إعترفوا بـ ٣ - ٦ من هذه الأعراض، ويُرسل العملاء إلى المنزل مع تتبع مناسب إذا لم يتم تقرير أى من الأعراض أو ٢ منها فقط.

ويقدم مصدر جيد آخر للإكلينيكي المبتدىء، هو قائمة المراجعة، مقدمة بواسطة سومرس - فلانجان وسومرس - فلانجان (Sommers- Flangan & Sommers- Flangan, 1995). وصورة الاستشارة الخاصة بالانتحار التي تم تطويرها بواسطة بويلان وزملائه (Boylan et al., 1995) فى كتابهم لأطباء الإسعاف الجدد. وتقدم هذه الصورة على نحو أساسى توجيهاً بالنسبة لمقابلة مُعدة من أن تُستخدم لإكمال مقابلة التقييم مع العميل وتسجيل النتائج بطريقة شاملة ومنظمة. ويمكن إستخدام الصورة كذلك لضمان أن سجلاً من الرعاية موضحاً

فى الرسم البياني للعميل لحماية الإكلينيكي قانونياً إذا ما إنتحر العميل رغم مجهودات الإكلينيكي الكبيرة (Boylan et al., 1995). ويتم تقديم قائمة المراجعة التي يمكن أن تُستخدم لتوجيه مقابلة التقييم مع العميل وكذلك خطة التدخل فى الشكل (٢).

عوامل المخاطرة المعجلة:

فكرة الانتحار
١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧
ضعيف جداً قوى جداً

نية الانتحار
١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧
ضعيف جداً قوى جداً

خطة الانتحار
١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧
ضعيف جداً قوى جداً

تفاصيل الخطة

الطريقة

التيسير

المكان

الوقت

صيغة الطريقة المميتة

الإعداد

البأس:	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
الإنذافية:	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
السلوك المنغلق:	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧

عوامل مخاطرة	مخاطرة منخفضة	مخاطرة متوسطة	مخاطرة مرتفعة
ديمجرافية أخرى	.....	.....	.....
العمر	.....	.....	.....
الحالة الزوجية	.....	.....	.....
أسلوب الحياة	.....	.....	.....
المواجهة	فقيرة	متوسطة	جيدة
المصادر الذاتية	.....	.....	.....
الآداء اليومي	.....	.....	.....

المساندة الاجتماعية	غياب/غير ملائم	حضور/غير ملائم	حضور/ملائم
توفر العدد	.....	.....	.....
الرغبة فى الاستخدام	.....	.....	.....
العزلة	.....	.....	.....

التاريخ الأسرى	مخاطرة منخفضة	مخاطرة متوسطة	مخاطرة مرتفعة
الرابطة (العلاقة)	.....	.....	.....
تاريخ الانتحار	.....	.....	.....

التاريخ السيكاترى:	مخاطرة منخفضة	مخاطرة متوسطة	مخاطرة مرتفعة
التشخيص	.....	.....	.....
أنماط التشخيص	.....	.....	.....
الشدة	.....	.....	.....
التمريض داخل المستشفى	.....	.....	.....

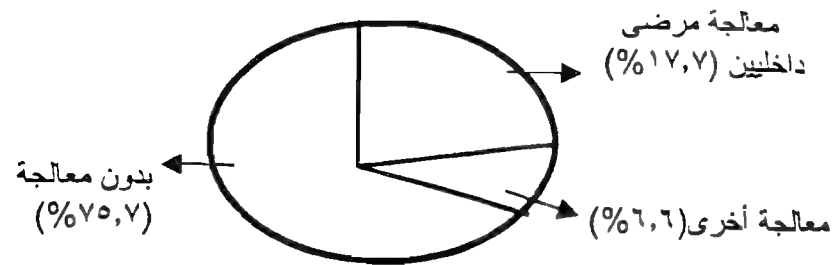
التاريخ الطبى	مخاطرة منخفضة	مخاطرة متوسطة	مخاطرة مرتفعة
الأمراض المزمنة	.....	.....	.....
الأمراض المؤلمة	.....	.....	.....

العوامل النفسية	مخاطرة منخفضة	مخاطرة متوسطة	مخاطرة مرتفعة
وجود صدمة	.....	.....	.....
شدة الصدمة	.....	.....	.....
الفقدان	.....	.....	.....
المدة	.....	.....	.....
المحاولات السابقة	.....	.....	.....

تقييم المخاطرة	مخاطرة منخفضة	مخاطرة متوسطة	مخاطرة مرتفعة
التشويه المعرفى	.....	.....	.....
عوامل الانفجار	.....	.....	.....
عوامل الكبح	.....	.....	.....
التقييم الموزون	.....	.....	.....

١- المعالجة بعد محاولة الإنتحار

بعد محاولة الإنتحار، تكون الحاجة الأساسية لمعظم الضحايا هي الرعاية الطبية. وهناك العديد من الناس الذين يحاولون الإنتحار في البداية لأسباب أخرى. وبمجرد أن يُشفى التلف البدني أو يستقر على الأقل، قد يبدأ العلاج النفسي. ولسوء الحظ، حتى بعد محاولة قتل أنفسهم، يتقاعس معظم الناس الإنتحاريين عن تلقي علاج منهجي، وهذا ما يوضحه الشكل (٣):



شكل (٣) يوضح نسبة المعالجة للأفراد الانتحاريين

وفي مسح عشوائي لـ ٣٨٢ مراهقاً، وجد أن ٩٪ قد إرتكبوا محاولة إنتحار واحدة على الأقل، ومن هؤلاء جميعاً كان النصف فقط قد أعطى علاجاً نفسياً تالياً (Harkavy & Asnis, 1985) ووجدت دراسة أخرى أن ٤٦٪ من الناس المعالجين من محاولة إنتحار في مستشفى «هيلسينكي» العام لم يعطوا مجرد إستشارة نفسية (Suokas & Lonnqvist, 1991).

وحيثما يُقدم العلاج، فإنه قد يكون على أساس علاج خارجي أو علاج داخلي للمرض. وبالنسبة للمرضى باضطرابات عقلية مثل الفصام واضطرابات

ومن المهم جداً تتبع خطوات التقييم والتدخل الملخصة في هذا الفصل (التي تشمل البحث عن الإستشارة والإشراف) لأنها سوف تزيد احتمال أن يقدم رعاية الصحة النفسية يمكن أن يوثق رعاية معقولة. ويمكن توثيق كل محاولات الانتحار حسب إدارته. من المهم أن يذهب الحالة إلى المستشفى سواء بسبب محاولة إنتحار ناجحة أو إدعاء بخرق السرية. وستكون المعلومات المحتواه في سجل العميل نافعة فقط للإكلينيكي الذي يدافع عن تصرفه في مثل هذه الحالات ولا يقبل التذكر بصفة عامة كدليل على أن الإجراء الملائم كان متبعاً. وكذلك، يجب أن يصل إلى الصيغة الخاصة بالعمل في نفس اليوم كالأزمة. ويجب على الإكلينيكيين الخاضعين للتدريب وغيرهم الذين يعملون تحت الإشراف أن يلتزموا التوقعات من المشرفين وكذلك يحتاجون إلى توثيق إشرافهم للحالة.

ثالثاً: المعالجة والانتحار

Treatment and Suicide

تقع معالجة الناس الإنتحاريين في فئتين رئيسيتين، هما: المعالجة بعد محاولة الإنتحار، والوقاية من الإنتحار. واليوم، يُعطى إنتباه خاص كذلك للأقارب والأصدقاء (Farberow, 1991, 1993)، الذين كان ثقلهم، وذنبهم، وغضبهم بعد مصيبة أو محاولة الإنتحار يمكن أن يكون كبيراً. ويتحول كثير من الناس إلى العلاج النفسي أو جماعات المساندة لمساعدتهم على التعامل مع ردود أفعالهم لإنتحار شخص محبوب لديهم، ولكن المناقشة هنا ستكون مقصورة على العلاج المقدم للناس الإنتحاريين أنفسهم.

المزاج الشديدة، فإن العلاج الداخلى الممتد وجد أنه أكثر فعالية فى خفض عدد محاولات الإنتحار التالية من العلاج الخارجى والعلاج الداخلى قصير المدى (Deering et al., 1991).

والهدف من العلاج هو إبقاء العملاء أحياء، ومساعدتهم على تحقيق أهدافهم. وقد استخدمت أنظمة لتناول الضغط وحل المشاكل (Shneidmon, 1993). وقد استخدمت أنظمة وصور العلاج المختلفة (Retheram - Borus et al., 1994) ولكن أبحاث قليلة نسبياً قد قارنت فاعلية المجالات المتنوعة.

وقد قارنت إحدى الدراسات نتائج العلاج الذى أعطى لمجموعتين من محاولى الإنتحار المتكرر (Lieberman & Echman, 1981) حيث عولج ١٢ شخصاً فى جماعة علاج سلوكى - تم تعليمهم كيف يحسنون مهاراتهم التعبيرية اللفظية وغير اللفظية فى تقنيات إسترخاء موجهة، كما حضروا جلسات أسرية حيث تعلموا أن يحسنوا الإتصال الأسرى، ويشاركوا فى المسئوليات. وتلقت المجموعة الثانية المكونة من ١٢ شخصاً محاولاً للإنتحار، علاجاً موجهاً نحو الاستبصار، كما حضروا جلسات علاجية ملحق بها جلسات علاج جماعى وعلاج أسرى. وبدأت برامج كلا العلاجين خلال الإقامة بالمستشفى واستمرت على أساس علاج خارجى لمدة تسعة شهور.

وفى التقييم الأول بدا أن الأشخاص الذين خضعوا للعلاج السلوكى يتحسنون أكثر من أولئك الذين أعطوا علاجاً سيكودينامياً حيث أظهروا إكتئاباً أقل، وقلقاً أقل، وتوكيدية أكثر على مقاييس التقرير الذاتى. عدد من كانوا يشغلون منهم وظائفاً طول الوقت إلى الضعف فى وقت المراجعة التبعية. ومع ذلك، فإن عدد محاولات الإنتحار التالية كانت متساوية بين

نحو التقريب. فشلاثة أشخاص من مجموعة العلاج بالاستبصار وإثنان من مجموعة العلاج السلوكى حاولوا الإنتحار مرة ثانية.

٢- الوقاية من الإنتحار

أثناء الأربعين سنة الماضية إنتقل التأكيد من علاج الإنتحار إلى الوقاية من الإنتحار (Cantor, 1991). وفى بعض النواحي يكون هذا التغيير ملائماً إلى أقصى حد: الفرصة الأخيرة لبقاء كثير من ضحايا الإنتحار المحتملين أحياء تأتى قبل المحاولة الأولى.

وقد بدأ التأكيد على الوقاية من الإنتحار جدياً خلال منتصف الخمسينات من القرن العشرين مع إبتكار برامج الوقاية من الإنتحار. وكان أول مثل هذه البرامج فى الولايات المتحدة هو مركز «لوس أنجيليس» للوقاية من الإنتحار، المؤسس بواسطة نورمان فاربيرو وإيدوين شنيديما (Farberow & Shneidman, 1995). والآن، يوجد أكثر من ٢٠٠ مركز وقاية من الإنتحار مستقلاً، مؤسساً على نحو محلى فى الولايات المتحدة وأكثر من ١٠٠ مركزاً فى إنجلترا، والأعداد لازالت تزداد (Lester, 1989). وبالإضافة إلى ذلك، فإن كثيراً من مراكز الصحة النفسية، وحجرات الطوارئ بالمستشفيات، ومراكز التحكم فى السموم تتضمن - الآن - برامجاً للوقاية من الإنتحار بين خدماتها. كما يوجد أكثر من ١٠٠٠ خطاً ساخناً خاص بالإنتحار، وخدمات تليفونية على مدى ٢٤ ساعة يومياً فى الولايات المتحدة (Carland et al., 1989). ويصل الزائرون إلى المرشد أو إلى مهنى مدرب بشكل فمطى - شخص بدون درجة رسمية فى مهنة الإرشاد - يقدم خدمات تحت إشراف مهنى فى الصحة النفسية.

وتحدد مراكز الوقاية من الانتحار الأشخاص الانتحاريين كأشخاص فى أزمة - بمعنى، تحت ضغط شديد، وغير قادرين على المواجهة، ويشعرون بالتهديد أو الأذى، ويفسرون مواقفهم بإعتبارها غير قابلة للتغيير وبناء على ذلك، تنغمس المراكز فى التدخل فى الأزمات: إنها تحاول مساعدة الناس على حل مشاكلهم بطرق بديلة. ولأن الأزمات يمكن أن تحدث فى أى وقت، فإن المراكز تعلن عن خطوطها الساخنة وترحب كذلك بالعملاء على المجرى بدون مواعيد.

وبالرغم من أن ملامح معينة تختلف من مركز إلى مركز، فإن المجال العام المستخدم بواسطة مركز الوقاية من الانتحار «بلوس إنجيليس» يعكس الأهداف والتقنيات لكثير من مثل هذه المؤسسات (Lester, 1989). وخلال الإتصال المبدئى، يكون على المرشد مهام عديدة: تأسيس علاقة إيجابية، وفهم وتوضيح المشكلة، وتقييم احتمالية الانتحار، وتقييم وتعبئة مصادر الزائرين، وصياغة خطة للتغلب على الأزمة (Shneidman & Farberow, 1968).

تأسيس علاقة إيجابية: Establishing Positive Relationship
من الواضح أنه يجب أن يثق الزائرون فى المرشدين إذا كان لهم أن يأمنونهم على أسرارهم ويتبعوا إقتراحاتهم. وهكذا فإن المرشدين يحاولون أن يحددوا نغمة مريحة للمناقشة. إنهم ينقلون الرسالة التى يستمعون إليها، ويفهمونها، ومهتمين بها، ولا يصدرون أحكاماً عليها، يستفادوا بها.

فهم وتوضيح المشكلة: Understanding and Clarifying the Problem
يحاول المرشدون بداية أن يفهموا المجال الكامل لأزمة الزائر، وبعد ذلك يساعدون الزائر على رؤية الأزمة فى نطاق واضح وبناء. وبصفة خاصة

يحاول المرشدون أن يساعدوا الزائرين على تحديد القضايا المركزية، والطبيعة العابرة لأزماتهم، ويتبينوا البدائل للتصرف الانتحارى.

تقييم احتمالية الانتحار: Assessing Suicide Potential
يكون بعض الزائرين فى أزمة أكبر من الآخرين، وأقرب لمحاولة الانتحار. وتعتمد الإحساس بخطر الانتحار على عدة عوامل. ويتضمن تقييم الإحساس بخطر الانتحار ابتكار تقنيات دقيقة لتقييم الانتحار قد أصبحت إهتماماً رئيسياً للإكلينيكين والباحثين (Rotheram, 1987). والعاملون بمركز الوقاية من الانتحار «بلوس إنجيليس» يستوفون إستبياناً يُسمى غالباً «مقياس الهلاك» Lethality Scale لتقدير الانتحار لدى الزائر. ويساعدهم على تحديد درجة الضغط التى يكون الزائر تحتها، وسمات الشخصية المتعلقة بالانتحار، وكيفية خطة الانتحار التفصيلية، وشدة الأعراض، ومصادر المواجهة المتاحة للزائر. والعاملون على الأزمة يمكن أن يقيّموا بعد ذلك ما إذا كان لابد من إدخال الزائر إلى المستشفى من أجل أمنهم الخاص، ويحاولون للعلاج، أو ينتهون إلى منهج إجرائى آخر.

تقييم وتعبئة مصادر الزائر: Assessing and Mobilizing the Caller's Resources
بالرغم من أنهم قد يرون أنفسهم غير فعالين وعاجزين، فإن الناس الانتحاريين لديهم فى العادة كثير من القوى والمصادر، التى تشمل أقارباً وأصدقاء. وإن عمل المرشد أن يتبين، ويتعرف على، وينشط تلك المصادر.

صياغة خطة: Formulating a Plan
يصيغ كل من المشتغل فى الأزمة والزائر خطة العمل. فمن حيث الجوهر يوافقان على طريقة خارج الأزمة، وبدل بنائى للعمل الانتحارى. وبالرغم من أن كلاهما يشاركان فى صياغة

الخطوة، فإن المرشد يأخذ الدور الريادي ويعطى الاقتراحات وربما حتى يرعى علاقة معتمدة. وإذا كان الزوار في وسط محاولة الانتحار، فإن المرشدين سوف يحاولون كذلك أن يتأكدوا من أماكن وجودهم ويحصلوا على مساعدة طبية لهم.

وتشمل معظم خطط الأعمال سلسلة من جلسات الإرشاد التتبعية على مدى الأيام أو الأسابيع القليلة التالية إما شخصياً بالمركز أو عن طريق التليفون. ويتفاوض المرشدون عادة في عقد «الانتحار» مع الزائر - وعد بعدم محاولة الانتحار، أو وعد على الأقل بإعادة تأسيس اتصال إذا فكر الزائر مرة ثانية في الانتحار. كما تتطلب كل خطة في العادة تأسيس اتصال إذا فكر الزائر مرة ثانية في الانتحار. وتتطلب كل خطة - أيضاً - في العادة أن يعمل الزائر تغييرات معينة وتتخذ إجراءات معينة في حياته الشخصية. ويصبح أعضاء وأصدقاء الأسرة متضمنين في بعض الخطط.

وبالرغم من أن التدخل في الأزمة يبدو كافياً لبعض الناس للانتحاريين، فإن العلاج طويل المدى يحتاج إليه حتى ٦٠٪ منهم. وهذه حالات نبعت فيها أزمة الانتحار من مشاكل مزمنة في المواجهة والحياة الذين يتم تناولهما في العلاج الممتد (Mills, 1985). وإذا لم يقدم التدخل في الأزمة هذا النوع من العلاج، فإن المرشدين سوف يشيرون إلى هؤلاء الناس في مكان آخر.

وبانتشار حركة الوقاية من الانتحار خلال الستينيات من القرن العشرين، استنتج كثير من الإكلينيكين أن تقنيات التدخل في الأزمة يجب أن تكون كذلك على مشاكل غير الانتحار. واستدلوا أن الناس غير الانتحاريين مجمدون - أيضاً - بأزمات وقد يستفيدون من صورة تدخل نشطة للمشاكل. وقد بزغ التدخل في الأزمات خلال العقود الثلاثة الماضية كعلاج محترم لمثل هذه المشاكل واسعة المدى مثل فرغى المراهقين، وإساءة

إستعمال العقاقير والكحول، ووجود ضحايا للإغتصاب، وإساءة القرين (Lester, 1989; Bloom, 1984).

٣ - فاعلية الوقاية من الانتحار

The Effectiveness of Suicide Prevention

قد كان من الصعب للباحثين تقييم فاعلية مراكز الوقاية من الانتحار (Bloom, 1984). وتوجد أنواع كثيرة من المراكز، كل منها بإجراءاته الخاصة وخدمة المجتمعات التي تختلف في العدد والعمر والثبات الإقتصادي والضغط البيئية. والمجتمعات ذات عوامل المخاطرة الخاصة بالانتحار، مثل مجتمع متقدم في العمر أو النضال الإقتصادي قد تستمر في الحصول على معدلات انتحار أعلى من مجتمعات أخرى بصرف النظر عن فاعلية مراكز الوقاية المحلية الخاصة بها.

هل تخفض مراكز الوقاية من الانتحار عدد الانتحارات في مجتمع؟ فالباحثون الإكلينيكيون لا يعرفون (Lester, 1989) والدراسات التي تقارن معدلات الانتحار المحلية قبل وبعد تأسيس مراكز وقاية المجتمع قد أدت إلى نتائج مختلفة جداً. فيجد البعض إنخفاضاً في معدلات الانتحار (Millir et al, 1984)، وآخرون لا يتغيرون (Barraclough et al., 1977)، ويوجد آخرون زيادة معدلات الانتحار (Weiner, 1969). ومع ذلك، فمن المهم ملاحظة أن الزيادة في معدلات الانتحار الموجودة في بعض الدراسات قد تعكس زيادة المجتمع الكلية في السلوك الانتحاري. وقد وجد أحد الباحثين أنه بالرغم من أن معدلات الانتحار قد زادت في بعض المدن ذات مراكز الوقاية، إلا أنها زادت حتى أكثر في مدن بدون مثل هذه المراكز (Lester, 1991).

هل الناس الإنتحاريون يتصلوا بمراكز الوقاية؟ فيما يبدو أنه لا يفعل ذلك سوى نسبة مئوية صغيرة. وقد أشار البحث إلى أن ٢٪ تقريباً من الناس الذين قتلوا أنفسهم فعلاً في لوس إنجيليس إتصلوا دائماً بمركز «لوس إنجيليس» للوقاية من الإنتحار (Wainer 1969).
برابر لمرکز وقایة مدنی یكون صغیراً، وأمريکی من أصل إفريقي وأثنی، فی
حين أن العدد الأكبر من الإنتحارات يُرتكب بواسطة رجال بيض متقدمين في
العمر (Lester, 1989).

ومن الناحية الأخرى، لا تبدو مراكز الوقاية أنها تساعد في تخاشي الإنتحار بالنسبة لأولئك الناس ذوي المخاطرة العالية الذين يزورون مراكز الوقاية. وحدد الباحثون الإكلينيكيون ٨٠٠ فرداً مرتفعي المخاطرة الذين إتصلوا بمركز «لوس إنجيليس» للوقاية من الإنتحار مقارنة بـ ٦٪ معمل الإنتحار الموجود في الجماعات عالية المخاطرة. وأحد مضمونات هذه النتائج هو أن هذه المراكز تحتاج إلى أن تكون أكثر رؤية ومقتربة بواسطة الناس الذين يخفون أفكار الإنتحار. ويشهد العدد المتنامي من الإعلانات والمنشورات في الجرائد والتلفزيون والراديو ولوحات الإعلانات بحركة في هذا الاتجاه (Farberow & Litman, 1970).

وجزئياً بسبب برامج الوقاية من الإنتحار الكثيرة والبيانات التي ولدتها، فإن إكلينيكيي اليوم لديهم فهماً أفضل للإنتحار وقدرة أكبر على تقييم المخاطرة الإنتحارية من أولئك في الماضي. وتكشف الدراسات أن مهنيي الرعاية الصحية الأكثر دراية بالإنتحار هم أخصائيو نفسيون، وأخصائيو طب نفسي، ومختصون يعملون في مراكز الوقاية (Domino & Swain, 1986). والمهنيون الأقل علماً نسبياً الذين الذين يمكن أن يكونوا على إتصال بالأشخاص الإنتحاريين قد يشملون رجال الدين (Domino, 1985).

ودعا شنيدمان (Shneidman, 1987) إلى تعليم عام أكثر فعالية خاص بالإنتحار بإعتباره صورة الوقاية القصوى. وعلى الأقل بعض برامج التعليم الخاص بالإنتحار- معظمها يركز على المدربين والطلاب في الظهور (Klingman & Hochodort, 1993).

والمنهج الصحيح لمثل هذه البرامج قد كان موضوع جدل بالاعتبار وقد نُحِص جدواها على نطاق واسع. ومع ذلك، يوافق معظم الإكلينيكيين على القصد وراء هذه البرامج، وعلى نحو أكثر عمومية، مع «شنيدمان» حينما قرر:

«تكمّن الوقاية الأساسية للإنتحار في التعلم. ويكون الطريق خلال تعليم أحدهم الآخر... والجُمهور الذي ينتحر يمكن أن يحدث لأي شخص، حيث توجد إشارات لفظية وسلوكية يمكن أن يُنظر إليها من أجل... وأن المساعدة تكون متاحة...»

وفي التحليل الأخير، تكون الوقاية من الإنتحار هي عمل كل إنسان» (Shndidman, 1985: 238).

الاستنتاج :

تناولنا في هذا الفصل عدة موضوعات، هي طبيعة التدخل في حالة المخاطرة بالانتحار، وأوضحنا أنه يجب إبرام عقد إتفاق بين الإكلينيكي ومريض الانتحار. كما ألقينا الضوء على عملية التوثيق وحفظ السجلات. ثم تم عرض معالجة الإنتحار، متمثلة المعالجة بعد محاولة الانتحار، والوقاية من الانتحار. وقد أبرزنا أنه يجب علينا أن نركز على كيفية الوقاية من الانتحار لتقليل حدوثه بدلاً من حدوث محاولات انتحار ناجحة أو فاشلة.

- 8 - Deering, C., Coyne, L., Grame, C., Smith, M. (1991). Effects of extended hospitalization: A one-year follow-up study. *Bull. Menniger Clin.*, 55(4), 444-453.
- 9 - Domino, G. (1985). Cleary's attitudes toward suicide and recognition of suicide lethality. *Death Studies*, 2, 187-199.
- 10- Domino, G., & Swain, B. (1986). Recognition of suicide lethality and attitudes toward suicide in mental health profession. *Omega: J. Death & Dying*, 16 (4), 301- 308.
- 11- Farberow, N. (1991). Adult survivor after suicide: Research problems and needs. In A.A. Leemaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide: Time-Lines in the suicide process*. New York: Plenum.
- 12- Farberow, N. (1993). Bereavement after suicide. In A. Leenars, L. Berman, P. Cantor, E. Litman, & R. Maris (Eds.), *Suicidology*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- 13- Farberow, N., & Litman, R. (1970). A comprehensive suicide prevention program. Los Angeles: Suicide Prevention Center of Los Angeles. Unpublished final report.
- 14- Fireston, R. (1997). *Suicide and the inner voice: Risk assessment, treatment, and case management*. Thousand Oaks, CA: Sage.

مراجع الفصل العاشر:

- 1 - Battelough, B., Jennings, C., & Moss, J. (1977). Suicide Prevention by the Samaritans: A controlled study of effectiveness. *Lancet*, 2, 237-238.
- 2 - Berman, A. (1987). The potentially violent patient. *Legal duties, clinical practice, and risk management*. *Psychiatric Annals*, 17, 695-699.
- 3 - Blum, B. (1984). *Community mental health: A general introduction* (2nd ed.). Monterey CA: Brooks/Cole.
- 4 - Berman, J., Malley, P., & Scott, J. (1995). *Practicum and internship: Textbook for counseling and psychotherapy*. Bristol, PA: Accelerated Development.
- 5 - Breiling, C. (1999). *Psychotherapy: Processes and techniques*. Boston: Allyn & Bacon.
- 6 - Cantor, P. (1991). Developmental perspective on prevention and treatment of suicidal youth. In A.A. Leenaars (Ed.), *Life span perspective of suicide: Time-Lines in the suicide process*. New York: Plenum.
- 7 - Clark, D. (1995). Epidemiology, assessment, and management of suicide in depressed patients. In E. Beckham & W. Leber, (Eds.), *Handbook of depression* (pp 536- 538). New York: Guilford.

- 22- Lester, D. (1989). Can we prevent suicide? New York: AMS Press.
- 23- Lester, D. (1991). Do suicide prevention centers prevent suicide? Homeostasis in health .
- 24- Liberman, R., & Eckman, T. (1981). Behavior therapy Vs, insight- oriented therapy for repeated suicide attempters. Arch. Gen. Psychiat., 38 (10), 1126-1130.
- 25- Meyer, R. , & Deitsch, S. (1996). The clinical's handbook: Integrated diagnostics, assessment, and intervention in adult and adolescent psychopathology. Boston: Allyn & Bacon.
- 26- Miller, H., Coombs, D., & Leeper, J. (1984). An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States. Amer. J. Pub. Health, 74, 340-343.
- 27- Mills, M. (1985). Intervention strategies in a suicidal case. Psych. Rep., 56(3), 718.
- 28- Patterson, W., Dohn, H., Bird, J., & Patterson, G. (1983). Evaluation of suicidal patients. The SAD PERSONS Scale Psychosomatic, 24, 343- 349.
- 29- Rotheram, M. (1987). Evaluation of imminent danger for suicide among youth. Annual Meeting of the American Orthopsychiatric Assoc. Amer. J. Orthopsychiat., 57 (1). 102-110.

- 15- Fujimura, L. , Weis, D., & Cochran, J. (1985). Suicide: Dynamics and implications for counseling. Journal of Counseling and Development 64 612-615
- 16- Good, A., Shaffer, D., & Whittle, B. (1989). A national survey of adolescent suicide prevention programs. J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat., 28, 931- 934.
- 17- Goodland, B., & James, R. (1993). Criss intervention strategies (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks & Cole.
- 18- Harkavy, J., & Asnis, G. (1985). Suicide attempts in adolescence: Prevalence and implications. New England Journal of Medicine, 313, 1290- 1291.
- 19- Good, A., & Johnson, R. (1997). Assessment in counseling: A guide to the use of psychological assessment procedures: Alexandria, VA: American Counseling Association.
- 20- Gehlins, D., & Vaught, C. (1997). Helping relationships and strategies (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks & Cole.
- 21- Gorman-Smith, A., & Hochdorf, Z. (1993). Coping with distress and self harm: The impact of a primary prevention program among adolescents. Journal of Adolescence, 15, 121-140.

الفصل الحادى عشر

علاج الاضطرابات الجنسية

فى هذا الفصل سوف نتناول علاج الاختلالات الجنسية، متمثلة فى الرغبة الجنسية "الضعف" و"الفرط" الجنسية، وحسن الاستجابة، والتعب المبكر، واختلالات الاستشارة وهزة الجماع لدى الأنثى، والتقلص التشنجى للمهبل، والجماع المؤلم. كما نلقى بعض الضوء على العلاج السلوكى للنساء المُساحقات والرجال المستهترين .

أولاً: علاج الاختلالات الجنسية

لقد جلبت السنوات العشرين الأخيرة تغييراً ملحوظاً فى إجراءات العلاج النفسى المستخدمة فى علاج الإختلال الجنسى. ومنذ بدايات هذا القرن، فإن مجال العلاج الرئيسى كان التحليل النفسى الفرويدى المكثف طويل المدى، على إفتراض أن الإختلال الجنسى كان مسبباً عن طريق فشل فى التقدم خلال مراحل نمو الطفولة النفسجنسية. وللتقدم خلال مراحل النمو، فلا بد للمريض أن يخبر من جديد الطفولة (على نحو أكثر نجاحاً هذه المرة) عن طريق علاقة الطرح مع المحلل، التى تعمل كبديل للعلاقة الأصلية بين الوالد والطفل. واعتبر إعادة تعرف رئيسى على الشخصية أمراً ضرورياً، حيث أنه فى نظرية التحليل النفسى تكون الاختلالات الجنسية عرضية لفشل أكبر كثيراً فى نمو الشخصية. وكان يظن أن العلاج التحليلى لأربع أو خمس مرات أسبوعياً على مدى شهر أو كثيرة أو حتى سنوات سيكون مطلوباً لزيادة الأداء الجنسى. وأدت هذه الفكرة بالمحللين إلى استنتاج أن «كمشكلة ضخمة، فإن مسألة البرود لا تحل لسوء الحظ» (Bergler, 1951).

- 30- Seligman, L. (1996). Diagnosis and treatment planning in counseling (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- 31- Shneidman, E. (1985). Definition of suicide. New York: Wiley.
- 32- ... (1987, March). At the point of no return. Psychol. Today.
- 33- Shneidman, E. (1993). Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- 34- Shneidman, E., & Farberow, N. (1968). The Suicide Prevention Center of Los Angeles. In H. Resnick (Ed.), Suicide behavior: Diagnosis and management. Boston: Little, Brown.
- 35- Shneidman, K. (1990). Crisis intervention: A handbook for practice and research (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- 36- Sommer-Flanagan, J., & Sommer-Flanagan, R. (1995). Intake interviewing with suicidal patients: A systematic approach. Professional Psychology, 26, 41-46.
- 37- ... & Lonnqvist, J. (1991). Selection of patients who attempted suicide for psychiatric consultation. Acta Psychiatr. Scand, 83(3), 179-182.
- 38- ... (1969). The effectiveness of suicide prevention programs. Ment. Hyg., 53, 357- 373.

وفى الخمسينيات والستينيات، بدأ المعالجون السلوكيون يقدمون علاجات بديلة للاختلالات الجنسية. ففى النظرية السلوكية، تعتبر الاختلالات الجنسية نتيجة للقلق الذى يُعرف بأنه يسد الإستجابة الجنسية، وتتكون الاشارات العلاجية من التدريب على استرخاء العضلات (Lazarus 1965; Wolpe, 1958) Systematic التحصين المنهجي desensitization.

وفى التحصين المنهجي للقلق الانتصابى، على سبيل المثال، يمكن أن يصبح المرضى مسترخين بعمق وبعد ذلك يتخيلوا أو يتصوروا مناظراً جنسية، تبدأ بنشاطات خفيفة مثل التقبيل والتقدم تدريجياً إلى تخيلات خاصة بالجماع. وعندما يستطيع المرضى تخيل نشاط جنسى بدون أن يصبحوا قلقين ومتوترين، سوف يُسمح لهم أن يحاولوا النشاط بالمنزل، فى تفاعل جنسى واقعى مع شركائهم. وكان هذا المجال الخاص بخفض القلق ناجحاً على نحو معتدل ولكنه لم ينجح حينما كانت الأسباب الرئيسية للاختلال خطء المعلومات، واتجاه سلبي، ونقص التقنية الجنسية الفعالة .

وحدثت ثورة فى علاج الاختلالات الجنسية، بنشر عدم الكفاية الجنسية الإنسانية، لماسترز وجونسون (Masters & Johnson, 1970) وعُرف مجالهم بـ«العلاج الجنىسى». وعُدلت إجراءاتهم على مر السنين وأضيفت بعض الإجراءات الجديدة على نحو تام، وبذلك فإن العلاج الجنىسى اليوم هو علاج معقد ذو عناصر عديدة، يشمل تقنيات معرفية، وسلوكية، وخاضع لبناء مهارات الإتصال. وفى نفس الوقت، فإن العلاج الجنىسى الحديث قصير المدى، يركز بصفة خاصة على المشكلة الجنسية أكثر منها على إعادة تنظيم الشخصية، ومباشر فى طبيعته. خمسة عشرة إلى عشرين جلسة لعلاج أسبوعى تكون كافية لمعالجة معظم الاختلالات .

والعنصر الأول للعلاج الجنىسى هو تقييم وتصور المشكلة، وعلى نحو متواز مع الفحص الطبى لكشف المشاكل العضوية الممكنة، فإن المريض تتم مقابلته بخصوص «تاريخه الجنىسى». ويكون التأكيد على فهم أحداث الحياة الماضيه والممارس الحايه اسى سبب عدم قدرة المريض على «استرخاء» ولكن وجونسون (١٩٧٠) ساعات عديدة يأخذان التواريخ من كل مريض، ولكن الممارسة الحديثة هى قضاء وقت أقل بكثير على الماضى منه على الإنفعالات، والإتجاهات الحالية، والسلوك الذى يُبقى الإختلال (LoPiccola, 1990). عند مناقشة هذه العوامل العلية مع المرضى، فإن معالجى الجنس يؤكدون على مبدأ المسؤولية المشتركة، إن كلا الشريكين فى علاقة يشتركان فى المشكلة الجنسية، بصرف النظر عن من هو الذى لديه الإختلال الفعلى، إن زوج امرأة ليست لديها هزة الجماع، على سبيل المثال، تكون مسئولة جزئياً عن خلق أو الإبقاء على مشكلتهما، وهو كذلك المريض الذى يحتاج إلى عمل تغيرات إذا لم تكن هى قادرة إطلاقاً على الوصول إلى هزة الجماع. وبسبب مبدأ المسؤولية المشتركة، يجب أن يفضل معالجو الجنس أن يتلقوا كلا عضوى العلاقة الجنسية فى العلاج، وحقاً، يكون العلاج أكثر نجاحاً بصفة عامة حينما تكون هذه هى الحالة (Heiman et al., 1981). وغالباً ما يكون الشريك الذى لديه اختلال مقاوماً للدخول فى العلاج، مدعياً أن «أنها ليست مشكلتى». وتكون إجابة المعالج الجنىسى هى أن تعيين اللوم ليس هو القضية، وفى حين أن الشريك اللإختلالى قد لا يكون لديه شىء يفعل فىما يتعلق بالمشكلة، فإن له بوضوح دوراً قاطعاً يلعبه فى حل المشكلة. واقترح «ماسترز وجونسون» (١٩٧٠) أن الزوجين المريضين سوف يشعران براحة أكثر بفريق علاجى ذكر - أنثى حيث أن كلاهما سيكون له نصيب فى المعالج الذى يعرف ماهو الجماع بالنسبة لشخص

من نفس الجنس. واعتبر «ماسترز وجونسون» أن هذا الفريق العلائى المشترك من جنس ثنائى أنه حاسم بالنسبة للنجاح العلاجى، ولكن البحث الذى يقارن معدلات النجاح للمعالجين المنفردين وفرق العلاج المشترك الثنائى لم يبين أى فروق، فى الفاعلية (T. DiCicco et al. 1985).

فإن معظم العلاج الجنسى يُجرى اليوم بواسطة معالج يعمل منفرداً، والعنصر الرئيسى الثانى للعلاج الجنسى هو شروط العلاج. والدراسات الدقيقة الخاصة بالجنسية. وكثير من المرضى الذين يعانون من اختلال الجنسى يعرفون القليل جداً عن التشريع وعلم وظائف الأعضاء. والخصائص بالاستجابة الجنسية. وقد يكونوا مضللين معلوماتياً بالنسبة للثبات والفعالية للإثارة الجنسية، ودور البظر فى هزة الجماع للمرأة، أو الحاجة إلى اليد من الإثارة الجسمية لإنتاج انتصاب قضيبى طبقاً لعمر الرجال، و... مما يجبر الجنس ويزيدوا معرفة مرضاهم خلال المناقشة، والكتب الإرشادية، والشرطة المثلية، والأفلام التعليمية المهنية.

والعنصر الثالث للعلاج الجنسى هو العمل على تغيير المعتقدات، والمعارف، والإعتقادات المشككة بخصوص الجنسية. والدراسات الأسرية نحر الجنس، والخبرات الصدمية الماضية، ورد الفعل الإيجابي بالمرضى للإختلال فى أنفسهم أو فى شركائهم يمكن كل ذلك أن يفسر انخفاضاً وانفعالات سلبية تمنع الاستشارة الجنسية والمتعة الجنسية، وأدوار المفروضة اجتماعياً تُصطبغ بمجموعة من أساطير الدرر الجنسى أو... المعرفة التى يمكن أن تؤدى كذلك إلى الإختلالات الجنسية. ومما ساعد على فحص هذه الأساطير على نحو نقدى يمكن أن تكون علاجية جداً.

وعنصر هام آخر لعلاج الجنس هو استئصال قلق الأداء ودور المشاهد خلال التركيز المدرك بالحواس وتقديم سرور غير مطلوب. وحيث أن الضغط للحصول على انتصاب أو هزة جنسية يتداخل مع الإستشارة، فإن العلاج الجسدى يبدأ بحصر الجماع ومدارسته الأعضاء الأساسية.

يتم إرشاد الأزواج أنه لفترة، يجب إقتصار النشاط الجنسى بالمنزل على التقبيل، والتحضين، والرسالة الحسية للجسم كله، لاتشمل الشدين والأعضاء التناسلية. وعلى مدى أسابيع متعاقبة يعاد بناء ذخيرتهم الجنسية تدريجياً، مع تأكيد دائم على إمتاع خبرة السرور الحسى ودون السعى إلى نتائج. ويرتبط مبدأ التركيز الحسى بـ«ماسترز وجونسون» (١٩٧٠)، الذى نظمته منهجياً، ولكن طبيباً بريطانيا، السير «جون هانتر»، يعرف بأنه اقترح نفس المجال منذ أكثر من ٢٠٠ سنة. أخبر السير «جون» رجلاً ذا فشل انتصابى أن «يذهب إلى الفراش مع هذه المرأة، ولكنه يقرر لنفسه أنه لن يحصل على أى إتصال معها، لمدة ست ليالى... لقد أخبرنى أن قراره قد أنتج مثل هذا التغيير الكلى فى حالته العقلية بحيث احتلت القوى (الإنتصاب) مكاناً بأسرع وقت، لأنه بدلاً من الذهاب إلى الفراش مع الخوف من العجز، ذهب بخوف من أنه سوف تتملكه رغبة شديدة للغاية، وقوة شديدة جداً (Hunter & Mac Alpine, 1963).

والعنصر الخامس للعلاج الجنسى هو زيادة الإتصال وفاعلية التقنية الجنسية. ولأنه من المربك أو المقلق لمعظم المرضى المختلين وظيفياً أن يخبروا شركائهم بما يجدونه مجلباً للسرور والمتعة فى النشاط الجنسى، فإنهم لايتعلمون من بعضهم البعض، ولكنهم ينهمكون فقط فى نفس التقنيات الجنسية غير الفعالة مراراً وتكراراً. وخلال العلاج يخبر الزوجان بأن يستخدموا جلسائهما التى تركز على مدركاتهما الحسية بالمنزل لمحاولة الأوضاع الجنسية

التي يستطيع فيها الشخص الملائم أن يوجه يدي الآخر وينظم سرعة الضغط، وموقع الملاطفة. ويعلم الأزواج كذلك أن يعطوا تعليمات لفظية بسيطة غير مهددة، ومعلوماتية (.. أشعر أفضل فوق هنا، بضغط أقل قليلاً)، بدلاً من توجيهات مثل «أشعر أفضل فوق هنا، بضغط أقل قليلاً» (..)، التي تلمسني بها لا تثيرني..).

والعنصر العام الأخير هو تغيير أساليب الحياة والاندفاعات الزوجية المدمرة. فالجنس هو الأسبقية الأدنى في قائمة كثير من المرضى الإختلايين، وإذا ما ترك الجنس حتى متأخراً في الليل، وبالفراش حينما ينهمك كلا الشريكين، فمن غير المحتمل أن يشعرا بأي إحساس ومتعة. وسوف يقترح معالج الجنس أن يعيد الأزواج ترتيب أولوياتهم وأن يؤدوا جلسات التي تركز على الحس عندما يكونوا مسترخين، غير متعبين أو تحت ضغط. وبالمثل إذا كان زواج الزوجين في صراع أو إذا كان يوجد اتصال انفعالي قليل بينهما، فإن محاولة بناء علاقة جنسية جيدة، تكون غير ممكنة في الواقع. في مثل هذه الحالات سوف يساعد المعالج الزوجين على إعادة بناء علاقتهما لتخصيص الصراع وبناء مزيد من الود.

وقد أبتكرت تقنيات معينة لمعالجة كل من الإختلالات الجنسية.

الرغبة الجنسية الأقل نشاطاً والكراهية الجنسية:

بسبب كثير من القضايا النفسية الصعبة التي يحتمل أن تؤسس جنسية أقل نشاطاً وكراهية جنسية، فإن هذه الإختلالات تتطلب علاجاً أطول وأكثر تعقيداً من الأخرى. وقد وصف جيري فريدمان (١٩٨٨) نموذج علاجى يتابعى من أربعة عناصر للدافع والكراهية الأقل، والمستخدم على نطاق واسع.

تركز المرحلة الأولى من العلاج، المسماة الوعى الوجدانى، على مساعدة العميل على أن يصبح واعياً بانفعالاته السلبية بخصوص الجنس. وتساعد الجلسات العلاجية التي يتصور خلالها المريض المناظر الجنسية على كشف المشاعر التي يربطها بالجنس. المرحلة الثانية من العلاج، مرحلة الإستبصار، تساعد المرضى على فهم السبب في أن لديهم الإنفعالات السلبية المحددة في مرحلة الوعى الوجدانى، ويتم استكشاف الرسائل السلبية من دينهم، وثقافتهم، وعلاقاتهم الحالية والماضية. ومن ناحية الحس تكون هذه الخطوة والخطوة السابقة تهديتين. ويلي ذلك العلاج الأكثر فاعلية.

وتحتضن المرحلة الثالثة من العلاج التغيير المعرفى والإنفعالى. وفي هذه المرحلة، تُطبق التقنيات المعرفية على الأفكار والإنفعالات اللامنطقية التي تكف الرغبة الجنسية. يولد المرضى «تقارير المواجهة» التي تساعد على تغيير انفعالاتهم وأفكارهم السلبية. والتقارير النمطية يمكن أن تكون «إذا سمحت لنفسى بالإستمتاع بالجنس، فإنه لايعنى إنى سوف أفقد التحكم»، و«حينما كنت أصغر تعلمت أن أشعر بالذنب بخصوص الجنس، ولكنى راشداً الآن، وليس على أن أشعر بتلك الطريقة أكثر من ذلك إطلاقاً».

وتتكون المرحلة الرابعة - الخاصة بالعلاج من التدخلات السلوكية، وإنه في هذه المرحلة التي تركز على إدراك الحواس يتم تقديم التدريب على المهارات، والإجراءات العلاجية العامة الأخرى للجنس، ويتم رفع الدافع الجنسي بعدد من الطرق: بجعل المريض سقود، علم «دقت» من أجل أن يسجلون فيه الأفكار والمشاعر الجنسية، بجعلهم يقرأون كتباً ويشاهد أفلاماً ذات محتوى مثير للشهوة، وتشجيعهم على تنمية تخيلاتهم الجنسية الخاصة، وتؤدي كل هذه النشاطات إلى أفكار وتهديدات متاحة بسهولة أكثر للمريض. والوجدان الجنسي الذي يتكون من أحضان بسيطة، ولمسات ضاغطة وحركات خفيفة، ونشاطات مشتركة سارة كالرقص والمشي معاً تكون مشجعة كذلك، ومساعدة على تقوية مشاعر المتعة الحسية والانجذاب الجنسي. وبالنسبة للكره الجنسي الناتج من إهانة جنسية أو تحرش في الطفولة، تُستخدم إجراءات علاجية إضافية. تشجع المريض على تذكر الإغتصاب، والتحدث مع كبير بخصوص هذه الذكريات حتى لاتعد صدمية. وبإجراء آخر، يكتب المريض خطابات إلى المتحرش أو يعد حوار سخريه من «كرسى خال» مع المتحرش، من أجل أن يعبر في النهاية عن مشاعر الغضب الشديد والإغتصاب الذي وقع نتيجة العجز.

وخلال المرحلة المعرفية، يُشجع المريض على عدم السماح للمزيد بأن يستمر في إيذائهم بإعاقة حياتهم الجنسية الآن، ولكن فضلاً عن ذلك إبعاد القتال عن طريق استعادة الجنسية التي أخذت منهم عن طريق التحرش. ويُحذر التركيز المدرك بالحواس حتى لاتنطلق إرتجاعات للإغتصاب بالمرقع، والسياق، والأعمال الجنسية.

ويبدو أن هذا النمط من البرنامج ناجح إلى حد معقول، ففي إحدى الدراسات الخاصة بهذا المنهج، زاد تكرار الجنس من مرة شهرياً إلى

أسبوعياً للرجال الذين خبروا رغبة جنسية قليلة النشاط، ومن مرة كل أسبوعين إلى أكثر من مرة أسبوعياً للمريضات. وزادت النساء اللاتي خبرن كراهية جنسية الجماع الجنسي من أقل من مرة كل أسبوعين إلى أكثر من مرة أسبوعياً (Schouer & Tonicola 1982)

الفشل الانتصابي:

يتكون علاج الفشل الانتصابي كذلك من تخفيض قلق الأداء وزيادة الإثارة، فخلال التركيز على الإدراك الحسي يتعلم الزوجان «تكنيك التعذيب» الذي إذا حصل فيه على انتصاب استجابة للملاطفة، يتوقفان حتى يفقدوه، وتعلمهما هذه الممارسة أن الانتصابات تحدث طبيعياً استجابة للإثارة، طالما لايركز الزوجان على الأداء. وحينما يستعدان لاستئناف الجماع، يرقد الرجل على ظهره وتركع المرأة فوقه وتستخدم أصابعها لدفع قضيبه غير المنتصب في فرجها، هذا الإجراء، المعروف «بتكنيك الحشو» يحرره من أن يكون عليه امتلاك قضيب جامد لإنجاز الدخول، ويوجه الزوجان إلى الحصول على هزة الجماع للمرأة خلال جنس يدوي أو فمى، ومرة ثانية يخفض الضغط على الذكر بأن يؤدي.

ويبدو أن هذه المجموعة من الإجراءات تنجح على نحو جيد في حالات لا يوجد فيها تلف عضوي شديد في الانتصاب. وغالباً مايشار بالتدخل البدني، بالنسبة للرجال ذوي مشاكل بدنية رئيسية تحدد أو تعقد صعوبتهم مع الانتصاب. فبالنسبة لهؤلاء الرجال يكون المجال الشائع هو إجراء جراحى خاص بإضافة قضيبيية تنتج إنتصاباً صناعياً. وتتكون هذه الوسيلة من سنارة شبه جامدة من المطاط والسلك. يمكن أن تنحني إلى أسفل وبذلك يستطيع الرجل

ارتداء ملابس عادية، ولكن تنحنى إلى أعلا لوضع انتصابى حينما يريد الرجل أن يمارس الجنس. ونظ آخر من إضافة قضيبية يتكون من اسطوانات مجوفة قابلة للتضخيم تدخل فى القضيب، ومستودع من سائل بوضع فى جدار الحوض. (Lo Piccolo, 1991).
 وحينما يريد الرجل أن يمارس الجنس يقوم بالضغط على المضخة، مما يساهم فى دخول السائل من المستودع إلى الاسطوانات القضيبية، التى تمتد وتنتج إنتصاباً. وهذه الوسائل الإضافية التى تُجرى جراحياً غالية الثمن (بين ٥٠٠٠ دولاراً و ١٥٠٠٠ دولاراً، اعتماداً على النمط)، ولكن ركب أكثر من ١٥٠٠٠ من عام ١٩٨٨ فى الولايات المتحدة، وهذا النوع من العلاج غير شائع فى أى مكان آخر بالعالم، أساساً بسبب التكلفة (Lo Piccolo, 1991).

والمجال غير الجراحى للفشل الإنتصابى هو استخدام وسيلة انتصاب خوائية (VED) بوضع اسطوانة مجوفة فوق القضيب وتدفع عكس الجدار من خاتم محكم الهواء. وتتصل الأسطوانة بمضخة يدوية، تضخ الهواء. يخرج الأسطوانة وتترك القضيب فى خواء جزئى. ويُسحب هذا الدم إلى القضيب وينتج انتصاباً، وتزال الأسطوانة وتوضع حلقة حول قاعدة القضيب لإبقاء الانتصاب. وال VED أقل نفقة (٣٠ دولاراً إلى ٦٠ دولاراً) ولكنها تتداخل مع تلقائية الجنس، حيث لا بد أن يأخذ الرجل وقتاً لإستخدامها أثناء الإنتصاب الجنسى. وتُستخدم الوسيلة الخوائية فى معظم الأحيان للرجال الذين يتسبب فشلهم الإنتصابى عن طريق مشاكل البول السكرى أو مشاكل عصبية، وقد أظهرت أنها تعمل على نحو جيد لأولئك الرجال (Mioni et al., 1992; Turner et al., 1991).

والجراحة الخوائية لإزالة الإنسدادات فى الشرايين، وتصليح التسربات فى الغرف القضيبية، أو فك الأوردة القضيبية الكبيرة على نحو متزايد تكون

نافعة كذلك فى بعض الحالات. وبالنسبة للرجال ذوى التلف العصبى ولكن نظام سليم للدورة الدموية، يكون الحقن بالعقاقير التى توسع الشرايين القضيبية نافعاً فى الغالب. ومالت العقاقير التى استخدمت سابقاً لهذا الغرض (Wagner & Kaplan, 1993).
 ولهذا استخدمت على نحو أكثر «كأداة لزيادة الثقة» قصيرة المدى للرجال ذوى الفشل الإنتصابى الموقفى (Bancroft, 1989). ومع ذلك، فإن العقاقير التى تُستخدم الآن لا يبدو أن لها هذا التأثير، وقد أصبح العلاج بالحقن شائعاً بالنسبة لعلاج طويل المدى للفشل الإنتصابى المؤسس عضوياً (Wagner & Kaplan, 1993).

القذف المبكر :

يعالج القذف المبكر بنجاح مائة فى المائة تقريباً عن طريق إجراءات تدريبية سلوكية مباشرة (Mastets & Johnson, 1970; Semans 1956). وفى الإجراء «توقف - إبدأ» أو «توقف»، يستشار القضيب يدوياً حتى يستثار الرجل بقدر مرتفع على نحو معقول. ويتأنى بعد ذلك الزوجان حتى تستقر استشارته، وتُستأنف بعد ذلك الإستشارة. ويتكرر هذا السياق مرات عديدة قبل حدوث الإستشارة بالقذف. وهكذا يخبر الرجل فى النهاية وقتاً كلياً أكثر بالاستشارة مما خبر من قبل ويتعلم أن يحصل على عتبة أعلى للقذف. وإجراء «الضغط» يشبه كثيراً إجراء التوقف - البدء، ماعدا أنه عندما تتوقف الإثارة، تضغط المرأة بثبات على القضيب بين إبهامها وسبابتها، فى المكان حيث تلتحق رأس القضيب بالجذع. ويبدو أن هذا الضغط يخفف الاستشارة على نحو إضافى. وبعد أسابيع قليلة من التدريب تختفى ضرورة التوقف. وتقدم الزوجان بعد ذلك بوضع القضيب فى الفرج، ولكن بدون أى حركات

قوية متواصلة. مرة ثانية، إذا أصبح الرجل مستشاراً بسرعة على نحو مرتفع. فإن القضيبي يُسحب وينتظر الزوجان حتى تهبط الإستشارة. وفيما يتحقق احتمال جيد لبلوغ غير نشط للقضيبي، يُكرر الإجراء التدريبي حتى اندفاع سعد. ويسمى هذه نغمة شهوة من ممارسة قضيب ربيعي من استمتاع بجماع طويل المدى بدون أى حاجة إلى توقفات أو ضغوط .

قمع القذف :

يعالج اضطراب هزة الجماع للذكر بخفض قلق الأداء وضمان إستشارة كافية. ويُرشد الزوجان بأنه خلال الجنس يلاطف القضيبي يدوياً (وفمهياً إذا كان مقبولاً لهما) حتى يستشار الرجل، ولكن تتوقف تلك الإستشارة كلما شعر أنه قد يكون قريباً من الحصول على هزة جماع .

وهذا الإرشاد الذى يوحى بالتناقض يخفض القلق الخاص بالأداء ويحول للرجل الإستمتاع بالسرور الجنسى الذى تقدمه الملاطفة. وقد تستخدم الهزازة الجنسية لزيادة شدة الإستشارة. وبالنسبة للرجال المصابين بالتلف العصبى أو بتاريخ من التنازل، يُحتمل أن يشمل العلاج بعض مساج الفسيولوجى، ومن الممكن، عقار يزيد الإستشارة للجهاز العصبى الودي أو استشارة الشرج بهزازة أو تيار كهربائى لإستشارة منعكس القذف (Murphy & Lipshultz, 1988) .

اختلالات الاستشارة وهزة الجماع لدى الأنثى :

تتضمن تقنيات علاج معين لإختلالات استشارة وهزة جماع الأنثى استكشاف الذات، والوعى بالجسم والتدريب الموجه على الإستمتاع بالجماع (Heiman & Lo Piccola, 1988). وهذه الإجراءات نافعة بصفة خاصة

للنساء ذوات قصور عام طويل المدى خاص بهزة الجماع. وركز «ماسترز وجونسون» على استخدام إجراءات تركيز الزوجين المدرك بالحواس لكل حالة ولكن بينت الخبرة اللاحقة أنه من الأكثر فاعلية للمرأة أن تتعلم الحصول على هزة الجماع نفسها من البداية. وبعد ذلك تشارك هذه المرأة مع شريكها .

ولبرنامج الإستمتاع باليد الموجه تسع خطوات. فى الخطوة الأولى، تستخدم المرأة رسوماً بيانية وقراءة مادة ببساطة لتتعلم عن جسدها، وأعضائها التناسلية، واستجابة الأنثى الجنسية. فى الخطوة الثانية، تستكشف كل جسدها باللمس. وتتكون الخطوة الثالثة من تحديد المناطق الحساسة جنسياً، مع تركيز على الثديين والأعضاء التناسلية، بصفة خاصة البظر. وإثارة هذه المناطق، والإستمتاع باليد، هى الخطوة الرابعة. والخطوة الخامسة، هى استمتاع شهوى باليد مصحوب بصور جنسية، وقصص، وتخيلات المرأة الخاصة .

وللخطوة السادسة ثلاثة عناصر. الأولى، إذا لم تخبر المرأة حتى الآن هزة جماع، فإنها سوف تبدأ فى استخدام هزاز شهوى لزيادة شدة الإستشارة. الثانية، سوف توجه إلى أن تتظاهر بـ أو تلعب دور هزة جماع مبالغ فيها جداً، لتغلب على أى مخاوف بخصوص فقد التحكم أو أن تبدو ساذجة عندما تحصل على هزة جماع حقيقية. وفى النهاية، سوف تستخدم مشيرات «هزة الجماع»، مثل إمساك نفسها، وتقليص عضلات حوضها، وتوتر عضلات ساقها ودفع حوضها .

وتكامل الخطوة السابعة إجراء «ماسترز وجونسون» الخاص بالتركيز المدرك بالحواس مع التقدم الفردى للمرأة. ويعلمها هذا التدريب فى الإتصال والمهارة الجنسية أن توضح لشريكها كيف تحب أن تلمس وكيف تستطيع الحصول على هزة الجماع. وفى الخطوة الثامنة يوصلها شريكها إلى هزة الجماع

بالإشارة اليدوية. أو الفموية، أو الهزاز الجنسي. وفي الخطوة الأخيرة تقام المرأة وشريكها الجماع الذي يسمح لأحدهما أو للآخر بالإستمرار في إثارة بظرها بينما يكون القضيب في المهبل .

وقد وجد أن هذا الأسلوب العلاجي ناجحاً في ٩٠ ٪ من الحالات .

يتعلمن الحصول على هزة الجماع خلال الإستمناء باليد، وحوالي ٨٠ ٪ خلال ملاطفة بواسطة شريكهن، وحوالي ٣٠ ٪ خلال الجماع (Heiman & Lo, Piccolo, 1988).

ولأنه برنامج بنائي، فإنه ينجح بقدر متساو على نحو جيد في العلاج الجماعي، وحتى في العلاج الذاتي: ويمكن أن تذهب المرأة خلال البرنامج بدون معالج، باستخدام كتاب للعلاج الذاتي وشريط فيديو إرشادي (Lo Piccolo, 1990).

ويشمل العلاج لنقص موقفى لهزة الجماع إجراءً تدريجياً بتعميم المشير، ومساعدة المرأة على توسيع النواحي التي تصل بها إلى هزة الجماع وإذا استطاعت المرأة أن تستمنى باليد حتى تصل إلى هزة الجماع عندما تكون وحدها، على سبيل المثال، ولكن فقط بضغط وركبها معاً، ولاستطاعت أن تصل إلى هزة الجماع بأي طريقة عندما يكون شريكها موجوداً، فإن المعالج سوف يساعدنا لتحديد عدد من الخطوات الصغيرة الوسيطة بين الخطوات التي تصل بها إلى هزة الجماع وهزة الجماع المرغوب فيها خلال الجنس مع شريكها.

في هذا المثال، قد تشمل خطوات وسيطة استخدام ضغط الوركين ولكن مع وضع أصابعها كذلك على بظرها، واستشارة مباشرة للبظر مع تباعد الوركين، وضغط مع وجود شريكها، وضغط الوركين مع أصابعه على بظرها.

وإثارته المباشرة لبظرها بدون ضغط الوركين، واستشارة بظرية مباشرة أثناء إدخال القضيب (Zeiss et all, 1977)، وهذا المجال فعال جداً في مساعدة النساء على تعليم المرأة الوصول إلى هزة الجماع مع شريك (McCabe & Delaney, 1992).

وكما رأينا من قبل، لايعتبر معالجى الجنس أن نقص هزة الجماع خلال الجماع أنها مشكلة بشرط أن تستمتع المرأة بالجماع ويمكن أن تصل إلى هزة الجماع حينما يلاطفها شريكها. ولهذا السبب، يشار إليه بالنسبة للنساء اللاتي يكون اهتمامهن قصور موقفى فقط لهزة الجماع خلال الجماع. وحينما يوافق معالجو الجنس على أن نقص هزة الجماع خلال الجماع ليس مشكلة، وتستمر الكتب والمجلات الشعبية فى اقتراح طرق للنساء لتحقيق هزة الجماع خلال الجماع (Elchel & Nabile, 1992) واقتراحهم لا يبدو فعالاً دائماً رغم ذلك (Kaplan, 1992).

التقلص التشنجى للمهبل :

تقارن المريضات ذوات التقلص التشنجى للمهبل تقلصاً واسترخاءً لجزء معين من قاع الحوض يحيط بالمهبل حتى يكن قد حصلن على تحكم اختياري فوق عضلاتهن المهبليّة. ويتغلبن على خوفهن من التغلغل باستخدام مجموعة من أدوات توسيع أكبر على نحو تدريجى التي يدخلنها فى مهبلهن الخاص بمنزلهن بسرعتهم الخاصة، وبذلك لا يرتعبن أو يصدمن. وفيم بعد، عندما تستطيع المرأة أن تدخل أكبر أداة توسيعية، تبدأ فى توجيه شريكها وهو يدخل ببطء ويلطف أدوات التوسيع. وفى النهاية، وهو يرقد على نحو سلبى على

ثانياً: العلاج السلوكي للمساقيات والمستهترين

Behavior Therapy With Lesbian and Gay Individuals

مقدم

يعمل كل مهني الصحة النفسية مع العملاء من المساقيات والمستهترين. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الرجال المستهترين والمساقيات يكونوا أقلية دالة من المجتمع، يقدررون عادة بـ ١٠٪. ويوجد على نحو التقريب كثير من الرجال المستهترين في الولايات المتحدة كما يوجد أمريكيون أفريقيون، نصفهم مرة ثانية لاتينيون، وأكثر من ثلاثة أضعاف من اليهود (Kirk & Madsen, 1989). ولذلك، فمن المهم أن يعرف المعالجون السلوكيون كيف يطبقوا مهاراتهم بطريقة تكون فعالة وناقعة مع ١٠٪ من عملائهم الذين يكونوا مساقيات أو مستهترين.

ويستقر محور هذا الفصل بوضوح عند تفاعل العلم والقيم. ولاحظ سيجال (Segal, 1982: 2)، «مع أن الطبيعة غير شخصية، فإن البيانات قد تكون لاشخصية، فالعلم غير شخصي، وليس ذاتياً من القيمة. والعلم مشروع إنساني يقوم به أشخاص حقيقيون». والعلاج، أيضاً، يتأثر دائماً بالقيم التي تقوم على القرينة الذي يحدث فيها. على سبيل المثال، نظر الإكسبيكتيون خلال القرن التاسع عشر أن الحرية أدت إلى المرض النفسي للأمريكيين الإفريقيين. وجادل أحد أطباء القرن التاسع عشر بالنسبة لوسرد صورة من المرض النفسي تُسمى «ندالة»، كانت الأعراض هي تدمير ملكية الزرع، وإعادة الحديث، ومقاتلة السادة، ورفض العمل (Landrine 1988). وهذا مثال واضح لكيف يصبح السلوك الوقائي للذات والتكبد مرضياً حينما لا ينسق مع

العلاج السلوكي

ظهره وترجع هي فوقه تدخل على نحو تدريجي قضيبه. ويركز المعالج على الحاجة إلى استشارة فعالة وبذلك تتعلم أن تربط التغلغل بتزلق مهلبى، وسرور، واستشارة، بدلاً منه بخوف. ويستخدم بعض المعالجين عقاقير استرخاء العضلات، أو تنويم، أو علاج سلوكي، أو علاج نفسي، أو علاج نفسي. والعلاج بالنسبة للتخلص التشنجي للمهبل ناجح على نحو مرتفع؛ ٩٠٪ من النساء المعالجات يصبحن قادرات على الحصول على جماع خال من الألم (Beck, 1999; Lo Piccolo, 1990).

علاج الجماع المؤلم :

لا توجد إجراءات علاج محددة للجماع المؤلم ذي الأصل النفسي. وحيث أن الجماع المؤلم ذا الأصل النفسي يتسبب في الواقع عن طريق نقص الاستشارة، فإن الإجراءات العامة لعلاج الجنس والتقنيات المحددة تُستخدم لزيادة الاستشارة وهزة الجماع (Quevillon, 1993). وحينما يكون الألم نتيجة ندبات أو آفة، فإن الزوجين يمكن أن يتعلما أوضاعاً للجماع لاتضع ضغطاً على المواقع التي تؤلم. وحيث أن حالات كثيرة من الجماع المؤلم تنتج عن طريق مشاكل بدنية غير مشخصة، فإن فحصاً بواسطة طبيب اختصاصي في أمراض النساء يكون ضرورياً (Reid & Lininger, 1993).

التحيزات الاجتماعية الموجودة. ومواجهة السلوك المستبد لأعضاء الثقافة السائدة الأمريكيين الإفريقيين (أو أى مجموعة أخرى محرومة من حقوق شرعية) تصبح تافهة بتطبيق تسمية خاصة بعلم النفس المرضى .

وسيسمر القرائن الاجتماعية والتعاضدية فى التأثير على سبلنا من اختيارنا للأهداف والتقنيات، عملنا تقارير غالباً على نحو غير متسود، عن كيف يجب أن يقود الناس حياتهم» (Davison, 1991: 199) ، ونطرق التى يُنظر فيها إلى المساحقات والرجال المستهترين ويعالجوا فى هذه الدولة، والمجادلات فوق تلك الآراء والسلوكيات، تنعكس مباشرة فى كتابات الصحة النفسية بصفة عامة والكتابات السلوكية بصفة خاصة، على مدى الأربعين سنة الماضية. والغرض الأساسى من هذا الفصل هو تقديم معلومات تافهة للمعالجين وإطار بالنسبة لتناول قضايا إكلينيكية قاصرة على الرجال المستهترين والنساء المساحقات. وقد تغيرت الكتابات على هذا المحور على نحو درامى ولا تزال تتطور.

صياغة وعلاج الحالة :

الغرض من هذا القسم هو وصف الإحتياجات الإكلينيكية الفريدة للنساء المساحقات والرجال المستهترين لإقتراح إطار تصورى للتحليل الوقتى وصياغة حالة معينة لتلك الإحتياجات، واقتراح طرق يستطيع بها المعالجون السلوكيون مواجهة الإحتياجات. وفى حين أن العملاء من الرجال المستهترين والنساء المساحقات غالباً ما يتقدمون بشكاوى مماثلة للشكاوى المقدمة من العملاء ذوى الجنسية الغيرية (على سبيل المثال، الاكتئاب، القلق)، فإن أصل تلك الشكاوى قد تكون: جزئياً على الأقل، منغمسة فيما يلى :

- ١ - قضايا بارزة: أى، قضايا حول تحديد الذات كرجال مستهترين أو نساء مساحقات للذات، والأصدقاء، وزملاء العمل، والأقارب .
- ٢ - مخافة مثلية مدمجة: اعتقادات وأفكار خاصة بالنساء المساحقات أو الرجال المستهترين .
- ٣ - مخافة مثلية خارجية: استجابات العميل لتعبيرات خارجية خاصة بقيمة سلبية عن الرجال المستهترين والنساء المساحقات (على سبيل المثال، استهجان لفظى، وتمييز وظيفى، وسخرية لفظية، وعنف بدنى) من الأصدقاء، والأقارب، ورفاق العمل، والجمهور العام .
- ٤ - الأداء الاجتماعى والجنسى للنساء المساحقات أو الرجال المستهترين: نقص المهارات فى مقابلة، وتكيف اجتماعى مع، ومواعدة أعضاء من نفس النوع، ونقص أو عدم تصحيح معرفة خاصة بالأداء الجنسى، ومخافة شهوانية تعمل كميكانيزم للبقاء .
- ٥ - شؤون العلاقات: كيفية خلق علاقات ناجحة، وكيفية مواجهة مشاكل قاصرة على أزواج من نفس النوع، وكيفية الحفاظ على أزواج من نفس النوع، وكيفية الحفاظ على علاقة فى غياب مساندة أو مؤازرة اجتماعية (Brown, 1988).

وسوف تشمل صياغة شاملة للحالة لرجل مستهتر أو امرأة مساحقة من العملاء الأخذ فى الإعتبار لهذه القضايا والقرائن التى تنشأ فيها، بالإضافة إلى اعتبار السلالة، والطبقة، والثقافة، والعرقية، والنوع، والعمر، وكل الأسئلة المعيارية التى تُسأل خلال صياغة الحالة لأى عميل تكون أساسية، ومجالنا لصياغة الحالة قد كان متأثراً بشدة بنموذج رايونتر (Rainwater, 1989)، الذى حدد التحليلات الثقافية، والمؤسسية، والبيئشخصية والشخصية الداخلية كأساسية لتحليل وظيفى شامل .

يُشجع فى الأسر ذات الجنسية الغيرية. وتُحبط بشدة علاقات النساء المساحقات والرجال المستهترين وتربية الأطفال. وعادة ما يوصف الرجال المستهترين والنساء المساحقات على نحو سلبى فى السينما، والمسرح، والأفلام، والصحف، والمجيبه. والعولبيات السائدة، والأساطير الزائفة تؤيد على نحو منتظم. وفيما يلى بعض تلك الأساطير والقولبيات :

- يصبح الناس نساء مساحقات ورجال مستهترون يكونهم «مجندين» .
- جميع الرجال المستهترين مصففوا شعر على نحو أنيق ومزخرفون داخليون .
- جميع النساء المساحقات يكرهن الرجال، وجميع الرجال المستهترين والنساء المساحقات محبين للأطفال .
- النساء المساحقات والرجال المستهترون قاتلون منحرفون .
- كل الرجال المستهترين والنساء المساحقات لديهم الإيدز .
- ترتدى كل المساحقات ملابس جلدية ويركبن عجلات بخارية .
- يتقابل الرجال المستهترون والنساء المساحقات فى إضاءة خافتة وبارات رديئة السمعة .
- النساء المساحقات والرجال المستهترون يشبون منعزلون متقدمون فى العمر .
- كل الرجال المستهترون والنساء المساحقات يرتكبون الإنتحار فى نهاية الأمر .
- ونادراً ما يناقش التوجه الجنسى لنفس النوع بصراحة، ويتعلم الأطفال فى عمر مبكر استخدام مواصفات محملة على نحو سلبى للرجال المستهترين والنساء المساحقات كإهانات .

وفى أحد النصوص الأولى على التحليل والعلاج السلوكيين مع النساء، لاحظ بليتشمان (Blechman, 1984) أنه بينما قد تحدث نفس الميكانيكيات الأساسية للسلوك فى كلا النوعين، فإن تلك الميكانيكيات «تعمل فى مجتمعين اجتماعيين مختلفتين، إحداهما ذكر، والأخرى أنثى». ، بالمثل .

مبادئ السلوك بصرف النظر عن التوجه الجنسى، فإن عملاً من عملنا مع النساء المساحقات والرجال المستهترين يعاملا على نحو مختلف بواسطة العائدين يعيشان فيه مما يكون نظرائهم ذوى الجنسية الغيرية. وقد يخبرون العالم على نحو مختلف جداً. «حينما يعالج معالجون مستقيمون الرجال المستهترين والنساء المساحقات، فإنهم غالباً ما يتجاهلون أو يقللون من تقدير فجوة الفجوة التى تفصل المعالج والعميل» (Marowitz, 1991: 28). وأحد أغراض هذا الفصل، هو مساعدة المعالجين السلوكيين، بصفة خاصة المعالجين السلوكيين الجنسية الغيرية على الإنتباه إلى المتغيرات السياقية المتعلقة بعملائهم من النساء المساحقات والرجال المستهترين .

أ - المتغيرات السياقية الثقافية والمؤسسية :

مقدمتنا الأساسية هى أن الرجال المستهترين والنساء المساحقات ذات القضايا الإكلينيكية الفريدة القادمين فى العلاج هم النتيجة المباشرة للبيئة السلبية الموضوعية على توجههم الجنسى عن طريق الثقافة السائدة فى الدولة. والثقافة هى «المجموع الكلى للنماذج السلوكية المنقولة إجتماعياً والفنون، والإعتقادات، والمؤسسات، وكل المنتجات الخاصة بالعمل الإنسانى وميزة التفكير للمجتمع المحلى أو المجتمع العام» (Morris, 1979). وإحدى المميزات الدالة للثقافة السائدة فى الولايات المتحدة هى أن الجنسية الغيرية تعتبر تقييماً بشكل إيجابى. والزواج ذو الجنسية الغيرية والحمل وتربية الأخصاء

والمؤسسات هي أبنية تغرس قيم ثقافية وأهداف. ويؤكد لقاء كل النساء المساحقات والرجال المستهترين تقريباً القيم الثقافية الموجبة الموضوعة على الجنسية الغيرية والقيم السلبية الموضوعة على التوجه نحو نفس النوع.

١١ الشريعة الإسلامية والقيم السلبية الموضوعة على التوجه نحو نفس النوع. الشرطة العسكرية، على نحو التقريب كل المؤسسات الروحية والدينية، ومعظم أماكن الإستخدام، ومعظم المدارس، وفي الواقع كل المؤسسات المالية.

والزواج كمؤسسة قد كان على نحو استثنائي جنس غيرى ويُدعم بواسطة معظم المؤسسات الأخرى في الدولة. إنه يعطى للزوجين المتزوجين ومما اجتماعياً رفيعاً وكذلك مكافآت مالية سخية. والرسالة الثقافية الواضحة هي أن الأزواج طوبى المدى تُعطى لهم قيمة، ولكن فقط إذا كانوا ذوى جنسية غيرية. وليس للأزواج من الرجال المستهترين والنساء المساحقات مدخلًا من المنافع المالية، والقانونية، أو الاجتماعية المتاحة للأزواج ذوى الجنسية الغيرية وليس لهم طرق معترف بها على نطاق واسع خاصة بخلق، والإبقاء على، أو تبديد علاقات حميمة. ويُنكر على النساء المساحقات والرجال المستهترين الاعتراف الرسمي بطبيعة فقدهم حينما يموت شريك؛ وإذا ما ذكر الشريك حتى في نعى إحدى الجرائد، فغالباً ما يكون في نهاية أقارب الدم. وإذا كان ذلك في الاعتبار هو الاعتراف والمساندة المحدودين، فليس من المدهش أن على المرأة المساحقة والرجل المستهتر تقيم إلى أن تكون أقصر في المدة من على ذوى الجنسية الغيرية (Blumstein & Schwart, 1983).

وللحكومة وسائل مشروعة متنوعة لنقل رسائل ثقافية عن الرجال المستهترين والنساء المساحقات. على سبيل المثال، قوانين اللواط التي تحظر الجنس الشرجي والفموية اللواطية غالباً ما تدعم انتقائياً فقط ضد الأزواج من

نفس النوع. وحتى ١٩٦١، كان للخمسين ولاية قوانين ضد لواطية، ويمنع اللواط حالياً بين أى راشدين في ١٧ ولاية ويمنع فقط عند ممارسته بواسطة أزواج من نفس النوع في خمس ولايات (قوانين اللواط، ولاية بولاية، ١٩٦١). ومعظم القوانين في سبعينيات من السبعينيات من الممييز القائم على التوجه الجنسي في ٤٣ من الـ ٥٠ ولاية في الولايات المتحدة.

وقد وصفت من قبل المساهمة التي قامت بها مهن الصحة النفسية للإبقاء على الآراء السلبية الخاصة بالرجال المستهترين والنساء المساحقات. وفي حين أن الافتراض بأن التوجه الجنس لنفس النوع مرضى على نحو وراثي لم يعد مقرواً رسمياً، فإن التحيز ضد النساء المساحقات والرجال المستهترين لا زال شائعاً (اللجنة الخاصة بشئون النساء المساحقات والرجال المستهترين، ١٩٩١م. ووجد جارفينكل ومورين (Garfinkle & Morin, 1978)، على سبيل المثال، أن المعالجين النفسيين قدروا نفس عميل العلاج الافتراضى على نحو مختلف اعتماداً على التوجه الجنسي للعميل، مع كل من العملاء من الرجال المستهترين والنساء المساحقات مقدرين باعتبارهم أقل سواء نفسياً من نظرائهم ذوى الجنسية الغيرية.

ب - التقييم وصياغة الحالة :

١ - تشكل القرينة الثقافية والمؤسسية سابقاً البيئات التي تعمل في نطاقها النساء المساحقات والرجال المستهترين من العملاء. ومع ذلك، تتنوع تأثيرات ذلك السياق بين الأفراد، وفرضنا هو أن كثافة، وتكرار، وفترة التعرض للتعبيرات الثقافية، المؤسسية، والبيئشخصية للقيم السلبية التي تخبرها النساء المساحقات والرجال المستهترون تتعلق

مباشرة بنمط وشدة المشاكل الإكلينيكية مثل المخافة المثلية المدمجة. على سبيل المثال. الرجال المستهترون والنساء المساحقات الذين نشأوا في أسر حيث يوجد انغماس في والتزام بآراء سلبية صارمة تحضرون الذين يحض النساء المساحقات والرجال المستهترين (أي، تاسوير، تاسيفين بالحرق في جهنم) يبدو أن لديهم مخافة مثلية أكثر من أولئك الذين نشأوا في تقاليد روحية بآراء سلبية معتنقة أقل جموداً. ولاشك على نحو التقريب بيانات كثيرة بخصوص هذه الفروض كما نحتاج ولكن البيانات التي توجد تتسق مع فرضنا. ووجد شنيدر وزملاؤه (Schneider et al., 1989)، على سبيل المثال، أن الرجال المستهترين الذين قد كانوا انتحاريين كانوا أكثر رفضاً للمساندات الاجتنابية، وكانوا أكثر اختلاء، ويعتمدون أكثر على رفض المساندات الاجتنابية من الرجال المستهترين الذين قد كانوا غير انتحاريين.

والتفاعل بين التعرض لقيم ثقافية سلبية وأنظمة الاعتقاد التي للعميل يكون كذلك هاماً. والنساء والرجال الذين ينظرون إلى أنفسهم كشخصيات وطنية والذين يلتحقون بفرع من الشرطة العسكرية يكونوا في مخاطر من المعاناة النفسية خلال التعرض لأعمال خاصة بمخافة مثلية تتعلق بالشرطة العسكرية (على سبيل المثال، خبرة أو ملاحظة إطلاق سراح لإرادي، يقوم على التوجه الجنسي، أو غير ذلك انتماء ناجح لهيئة الشرطة العسكرية. (Salholz et al., 1992).

ويبدو أن القيم المنقولة بواسطة أسرة العميل الخاصة بالنشأة تلعب دور هاماً في خلق المخافة المثلية المدمجة. وقد تشمل هذه القيم العقاب الديني

اهتمام هائل بخصوص ماسوف يفكر فيه الآخرون إذا ما وجد عضو بالأسرة كامرأة مساحقة أو رجل مستهتر وتخفيض قيمة علاقات نفس النوع، والتعبير عن الإشمئزاز، والرفض.

وإذا كان العميل عصوا في ثقافته عرقية يحدث من ثقافة له عبيد، من صياغة شاملة للحالة يجب أن تأخذ في الاعتبار القيم التي تحملها ثقافة الأقلية عن التوجه الجنسي إلى نفس النوع وكذلك القيم التي تحملها ثقافة الأغلبية. وتكون احتمالية العزلة والتمييز المتزايد ذات إهتمام خاص لعميل يبرز كرجل مستهتر أو امرأة مساحقة ويشعر عندئذ بأنه غير مرحب به في ثقافته الأصلية بسبب التوجه الجنسي وغير مرحب به في مجتمعات النساء المساحقات والرجال المستهترين بسبب السلالة (Lukes - & Land, 1990) وقد يحدث شكل آخر من العزلة حينما يقرر الأفراد البقاء مختبئين لتجنب النبذ في ثقافتهم الأصلية ومجتمعات الرجال المستهترين والنساء المساحقات. واعتبار إضافي هو إذا كان يوجد أو قد كان يوجد أحداث حالية تتعلق بالتوجه الجنسي التي تؤثر في حياة العميل. والمثال المعروف جيداً هو وباء الإيدز. وتقرر مراكز التحكم في المرض (١٩٩٢) مجموعاً تراكمياً يبلغ ٢٠٩١٧١ راشداً ومراهقاً منذ بدء تجميع البيانات، من هؤلاء، ٦٤٪ رجال لهم علاقة جنسية مع رجال آخرين. وبالنسبة للراشدين والمراهقين بعد أكثر من سنتين من التشخيص، يكون معدل الإهلاكية أكثر من ٥٠٪، وبالنسبة لأولئك بعد التشخيص بأكثر من أربع سنوات، يكون معدل إهلاكية الحالات أكثر من ٨٠٪. وعواقب الوباء بالنسبة للرجال المستهترين والنساء المساحقات يكون غامراً؛ وفقد معظم الرجال عشرات الأصدقاء والمعارف. والموقف مماثل

للمساحقات اللاتى يتفاعلن بانتظام مع الرجال المستهترين. وبالرغم من أنه توجد هستريا عامة أقل نوعاً ما منها فى منتصف الثمانينات، فإن العمل العام للوباء لازال خاص مخافة مثلية على نحو سائد. على سبيل المثال، «سبيد» حتى «اس» و«إم» يجرى «سبيد» و«سبيد» و«سبيد» و«سبيد» اجتماعية فقط إذا لم يكونوا رجالاً مستهترين. وهذا مجحف وقاصى على التوجه الجنسى بوضوح؛ والناس الذين ينغمسون فى سلوكيات مهددة للزوجة مثل التدخين غير معاقبين بالمثل.

ومن المهم للمعالج أن يوجه أسئلة معينة عن انغماس العميل مع ناس مصابين بالإيدز - أسئلة مثل كم من المحبين والأصدقاء ماتوا أو مرضى حالياً، ومدى إنغماس العميل فى عمل، مدفوع أو متطوع، مع ناس مصابين بالإيدز. هناك حاجة إلى أسئلة معينة لأن كثيراً من الرجال المستهترين والنساء المساحقات قد أصبحوا معتادين لسنوات الحياة وسط الوباء وقد لا يكرهون وعى بكيف أثر فيهم نفسياً .

ومثل آخر لحدث حال قد يؤثر على نحو دال فى النساء المساحقات والرجال المستهترين وقع فى «كلرادو»، فى انتخاب نوفمبر ١٩٩٢ مرر «كلرادو» دستور الولاية يشرع التمييز ضد الرجال المستهترين والنساء المساحقات فى كلرادو، ولايستأصل التعديل كل حماية الحقوق المدنية الموجودة للنساء المساحقات والرجال المستهترين فى كلرادو فقط بل كذلك ينزع أى تشريع مستقبلى مصمم لحماية الحقوق المدنية الأساسية القائمة على التوجه الجنسى وقد زاد تكرار وشدة السخرية والإهانات من الرجال المستهترين والنساء المساحقات على نحو درامى منذ مرور هذا التعديل. وفى حين أنه تم تسيير جرائم كرامية لمركز مجتمع الرجال المستهترين والنساء المساحقات فى كلرادو

بمتوسط ١١ شهرياً بالنسبة للشهور التسعة الأولى من ١٩٩٢ (Costrone 1992) فقد تم تقرير ٤٥ فى نوفمبر من تلك السنة (اس. أندرسون، الإتصال الشخصى، ١١ ديسمبر، ١٩٩٢). وبدون شك سوف يوجد تأثر عميق على السيدات للنساء المساحقات والرجال المستهترين كنتيجة لمرور التعديل. ويجب أن يشمل التعديل القرينى كذلك أسئلة عن انغماس العميل، فى ثقافات الرجال المستهترين والنساء المساحقات. وتوجد إمكانات عديدة، بصفة خاصة، فى مناطق عاصمية (على سبيل المثال، قراءة الكتابات التوكيدية، والحصول على أصدقاء من النساء المساحقات والرجال المستهترين، والذهاب إلى مناسبات اجتماعية مثل الحفلات الإجتماعية والحفلات الموسيقية، والتطوع، والانتماء للنادى، والعمل السياسى، ومناصرة متاجر كتب الرجال المستهترين والنساء المساحقات، والذهاب إلى بارات الرجال المستهترين والنساء المساحقات، وهذا مجرد تسمية القليل) .

وهذه المعلومات هامة للمعالج لأنها تشير إلى ما إذا كان للعميل نماذج إيجابية وتدعيم متاح وكذلك أماكن للذهاب إليها تكون آمنة بالنسبة لتوجههم الجنسى. إن نماذجاً إيجابية قليلة تكون متاحة خارج مجتمع النساء المساحقات والرجال المستهترين، ولأنه لازال من السهل فصلك أو مقاضاتك إذا اعترفت علناً بتوجهك الجنسى الخاص بنفس النوع. وأقصى مايفقده الناس (على سبيل المثال، الدخل، الهوية، أو المركز) هو غالباً أقصى عزلة .

وتلخيصاً، أن أحد أشكال التقييم الشامل مع المرأة المساحقة أو الرجل المستهتر من العملاء هو اعتبار الرسائل الخاصة بالتوجه الجنسى المنقول بالقرائن الثقافية والمؤسسية التى ساهمت فى الإهتمامات الحالية للعميل .

٢ - تقييم المتغيرات البينشخصية والشخصية الداخلية للعميل:

إن أحد أهم المهام التطورية الفريدة للرجال المستهترين والنساء المساحقات هي تشييد عملية اتخاذ قرار ملائمة بالنسبة لإفشاء علاقة جنسية. بما يشمل مدى المساسل والماسح المساسل المساسل المساسل ويجب أن يشمل تقييم كامل لامرأة مساحقة أو رجل مستهتر من العملاء تقييم مهارات عند مواجهة مواقف بينشخصية معقدة وخطيرة على نحو خاص خاصة بالتوجه الجنسي. وتشمل هذه ولكنها غير قاصرة على المهارات فى البروز كرجل مستهتر أو امرأة مساحقة للذات، وللأصدقاء، وللأسرة، ولزملاء العمل وكذلك القدرة على الإستجابة لأسئلة من غرباء أو معارف عرضيين عن وضع العلاقة، والوضع الزواجى، وموقف حياتى. ويجب أن يسأل التقييم كذلك عن ما إذا كان العميل يملك المهارات التى يحتاج إليها للعمل بفاعلية فى المراقف الاجتماعية للرجل المستهتر والمرأة المساحقة. إن معظم التنشئة الاجتماعية الخاصة بالجنسية الغيرية لم تعلم النساء المساحقات والرجال المستهترين المهارات المطلوبة. قد تحتاج المساحقات، على سبيل المثال، أن يتعلمن المبادرة بصداقات غير جنسية مع نساء أخريات، ومنفصلة عن المواعدة، ومهارة غير مؤكدة فى العادة بالنسبة لنساء فى هذا المجتمع.

وتقييم اعتقادات واتجاهات العميل بخصوص كونه رجلاً مستهتراً أو امرأة مساحقة يعتبر هاماً، وقد يشترك العميل، إلى حد أكبر أو أقل فى أحد من الإعتقادات المقيّمة على نحو سلبي بخصوص الرجال المستهترين والمساحقات التى نتعلمها جميعاً. وغالباً ما تتداخل مثل هذه الإعتقادات مع الأداء الفعال. والناس الذين يعتقدون أنه مقدر عليهم أن يكونوا منعزلين فى العمر المتقدم بسبب توجههم الجنسي، على سبيل المثال، قد يكونوا مكتفين جداً.

٣ - اختيار أهداف العلاج :

يضع اختيار أهداف العلاج تحدياً خاصاً بالنسبة للمعالج الذى يعمل مع رجل مستهتر أو امرأة مساحقة من العملاء. أولاً، لا يمكن أن تكون وظيفة النسبة للنساء حصرية لدى فرد دى جنسية غيرية يمكن أن تكون وظيفية. النسبة للنساء المساحقات والرجال المستهترين. والسلوكيات البارانونية، والقلقة، والتى تتسم بالشك، على سبيل المثال، غالباً ما تكون مهارات وظيفية للبقاء بالنسبة للرجال المستهترين والنساء المساحقات. ويواجه أعضاء القوات المسلحة، والذى الرجال المستهترين والنساء المساحقات (الذين قد يستخدم أقرانهم السابقون معلومات خاصة بالتوجه الجنسي فى معركة الرعاية)، والنساء المساحقات والرجال المستهترون المستخدمون فى رعاية الأطفال، والتعليم، والمهن الأخرى التى تتضمن إتصالاً بالأطفال لها مخاطرة دالة؛ واستجابة قلقة لهذه المخاطرة قد تكون تكيفية تماماً.

وبالمثل، فإن المخافة الجنسية قد تصلح لحماية الفرد من عواقب خارجية سلبية مثل فقد الإستخدام أو من مواجهة كافة المثلية المدمجة، وكلما زاد احتمال الخطر الخارجى أو كلما زادت شدة المخافة المثلية المدمجة، كلما قد تكون أكثر وظيفية لتجنب أن تصبح مشيرة جنسياً. وذلك هو السبب فى أن المخافة الجنسية يجب أن لا تفترض دليلاً بأن العميل جنسى غيرى حقيقة.

والطريقة الأخرى التى يفترض فيها المعالجون أحياناً على نحو خاطئ أن العميل ليس متوجهاً نحو نفس النوع هو بخلط القدرة على استشارة جنسية غيرية بتوجه جنسى غيرى على نحو سائد. ويحدّد كثير من الأفراد باعتبارهم فى الأساس جنسيتين غيريين ولكن لديهم أفكار شهوية عرضية أو تفاعل جنسى واقعى مع أعضاء من نفس النوع. والعكس صحيح بالنسبة لكثير من الناس الذين يُحدّدون كإمرأة مساحقة أو رجل مستهتر.

لاحظنا من قبل أنه توجد أبحاث قليلة متاحة على الإستخدام السانى للعلاج السلوكى مع الرجال المستهترين والنساء المساحقات. وتتضمن الممارسة الحالية، لذلك، تطبيق العلاجات السلوكية المبتكرة لأغراض أخرى. (Padesky, 1989). بالمرأة المساحقة أو الرجل المستهتر

ويمكن استخدام إجراءات التدريب على المهارات الإجتماعية والتدعيمية، مثل تعليمات مباشرة، والتدريب، والتغذية الراجعة، والمرافقة المنزلى لعلاج نواحى القصور فى المهارات الإجتماعية (Hunter & Kelso, 1983; Mc Kinlay et al. 1977).

والتطعيم ضد الضغط قد يكون ذا مساعدة لأولئك الذين يحتاجون إلى مهارات فى مواجهة ضغط الحياة فى مجتمع يقلل من قيمتهم ويميز ضدهم (Hanter & Kelso. 1983). وإجراءات العلاج الجنسى يمكن أن تتكيف بسهولة (على سبيل المثال، Louland, 1984, Wilensky & Mgers 1987). والتدخلات عن طريق العلاج بالكتب السماوية والتربية النفسية تكون نافعة للعملاء الذين ليس لديهم معلومات دقيقة أو عملية. وغالباً ما يشار إلى المصادر والمساعدة فى دخول ثقافات النساء المساحقات والرجال المستهترين أحياناً بالإشتراك مع علاجات تخفيض القلق. وكلما زادت عزلة العميل، كلما زادت أهمية مساعدة الشخص على عمل اتصال بالمساعدات الاجتماعية والنماذج الصحية. وتكون المعلومات فى بعض الأحيان هى كل ما يحتاج إليه، بينما فى أوقات أخرى تكون عملية تشكيل معقدة مطلوبة (على سبيل المثال، إبدأ بالقراءات أو العروض المرئية، وبعد ذلك قم بزيارة مركز للمعلومات، وبعد ذلك إتصل بمجموعة غير مهددة مثل والدى وأصدقاء النساء المساحقات والرجال المستهترين).

- 1- Aloni, R., Heller, L., & Ofer, O. (1992). Nonivasive treatment for erectile dysfunction in the neurogenically (23) 243-249.
- 2- Bancroft, J. (1989). Human sexuality and its problems. New York: Churchill-Livingstone.
- 3- Beck, A. (1993). Cognitive approaches to stress. In P. Lehrer & R. Woolfolk (Eds.), Principles and Practice of stress Management (2nd ed.). New York: Guilford.
- 4- Bergler, E. (1951). Neurotic counterfeit sex. New York: Grune & Stratton.
- 5- Blechman, A. (1984). Behavior modification with women. New York: Guilford Press.
- 6- Blumstein, P., & Schwartz, P. (1983). American couples. New York: Morrow.
- 7- Brown, L. (1988). Feminist therapy with lesbian and gay men. In M. Dutton-Douglas & L. Walker (Eds.), Feminist psychotherapies: Integration of therapeutic and feminist systems (PP. 206-

- 14- Heiman, J., & Lopiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: A personal and sexual growth program from women*. New York: Prentic Hall.
- 15- Heiman, J., Lopiccolo, J., & ... (1988). Treatment of sexual dysfunction. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- 16- Hunter, P., & Kelso, E. (1983 December). Stress inoculation as a component of assertiveness training for gay and lesbian clients. Poster presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy, 7th Annual Convention & World Congress on Behavior Therapy, Washington, DC.
- 17- Hunter, R., & MacAlpine, I. (1963). *Three hundred years of psychiatry*. Oxford: Oxford Up.
- 18- Kaplan, H. (1992). Does the CAT technique enhance female orgasm? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18 (4), 285- 291.
- 19- Kirk, M., & Madsen, H. (1989). *After the ball: How American will conquer its fear & hatred of gays in the 90's*. New York: Plume.

- 227). Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- 8- Centers for Disease Control. (1992, February). *HIV/AIDS surveillance annual*, 1991.
- 9- Committee on Lesbian and Gay Concerns (1990). *Bias in psychotherapy with lesbians and gay men*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 10- Davison, G. (1991). The shaping of behavior therapy: Reflections on my AABT presidency. *The Behavior Therapist*, 14, 198-200.
- 11- Eichel, E., & Nobile, P. (1992). *The perfect fit: How to achieve mutual fulfillment and monogamous passion through the new intercourse*. New York: Fine.
- 12- Garfinkle, E., & Morin, S. (1978). Psychologist attitudes toward homosexual psychotherapy clients. *Journal of Social Issues*, 34, 101-112.
- 13- Gonsiorek, J. (1988). Mental health issues of gay and lesbian adolescents. *Journal of Adolescent Health care*, 9, 114- 122.

- 25- Loulan, J. (1984). Lesbian sex. San Francisco: Spinstres/Aunt Lute.
- 26- Lukes, C, & Land, H. (1990). Biculturalism and...
...Work 35, 155-161.
- 27- Markowitz, L. (1991). Homosexuality: Are we still in the dark? The Family Therapy Networker, 27- 35.
- 28- Masters, W., & Johnson, V. (1970). Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown.
- 29- McCabe, P., & Delany, S. (1992). An evaluation of therapeutic programs for the treatment of secondary inorgasmia in women. Archives of Sexual Behavior, 21(1), 69- 89.
- 30- Morris, W. (Ed.). (1979). American heritage dictionary, new college edition. Boston: Houghton Mifflin.
- 31- Murphy, J., & Lipshultz, L. (1988). Infertility in the paraplegic male. In E. Tanagho., & T. Lue (Eds.), Contemporary management of impotence and infertility. Baltimore: Williams & Wilkins.
- 32- Padesky, C. (1989). Attaining and maintaining positive lesbian self-identity: A cognitive therapy approach. Women & Therapy, 8, 145- 156.

- 20- Landrine, H. (1988). Revising the framework of abnormal psychology. In P. Bronstein & K. Quina (Eds.) Teaching a psychology of people (PP. 37- 64).
... Association.
- 21- Lazarus, A. (1965). The treatment of a sexually inadequate man. In L. Ullman & L. Krasner (Eds.), Case studies in behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- 22- Lopiccolo, J. (1990). Treatment of sexual dysfunction. In A. Bellak, M. Hersen (Eds.), Inter. Handbook of behavior modification and therapy (2nd ed.). New York: Plenum.
- 23- LoPiccolo, J. (1991). Post-modern sex therapy for erectile failuer. In R. Rosen & S. Leiblum (Eds.), Erectile failuer: diagnosis and treatment. New York: Guilford.
- 4- LoPiccolo, J., Heiman, J., & Hogan, D. (1985). Effectiveness of single therapists versus co-therapy treams in sex therapy. J. Cons. Clin. Psychol., 53(3), 287- 294.

- 39- Segal, E. (1982). Women, borscht, gay, laboraratory animals, and nuclear extinction. Invited address at the meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.
- 40- Semans, J. (1956). Premature ejaculation: A new approach. *Southern Med. J.*, 49, 353- 357.
- 41- The sodomy laws, state by state (1990, December 21). *The New York Times*.
- 42- Turner, S., Beidel, D., & Borden, J. (1991). External vacuum devices in the treatment of erectile dysfunction: A one-year study of sexual and psychosocial impact. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17(2), 81- 93.
- 43- Wilensky, M., & Myers, M. (1987). Retarded ejaculation in homosexual patients: A report of nine cases. *The Journal of Sex Research*, 23, 85- 105.
- 44- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford UP.
- 45- Zeiss, A., Rosen, G., & Zeiss, R. (1977). Orgasm during intercourse: A treatment strategy for women. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 45, 891-895.

- 33- Quevillon, R. (1993). Vaginismus. In W. O'Donohue & J. Geer (Eds.), *Handbook of sexual dysfunctions*. Boston: Allyn and Bacon.
- 34- Rainwater, N. (1989). An expanded conceptual model for behavior therapists. In G. Bernstein (Chair), *Behavior therapy with women: Contemporary issues and application*. Symosium presented at the meeting of the Colorado Society for Behavior Analysis and Therapy, Denver, Co.
- 35- Reid, R., & Lininger, T. (1993). Sexual pain disorders in the female. In W. O 'Donohue & J. Geer (Eds.), *Handbook of sexual dysfunctions*. Boston: Allyn and Bacon.
- 36- Salholz, E., Click, D., & Gordon, R. (1992, June 1). Gunning for gays. *Newsweek*, 1-13.
- 37- Schover, L., & LoPiccolo, J. (1982). Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desires. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8(3), 179- 197.
- 38- Schneider, S., Faberow, N., & Kroks, G. (1989). Suicidal behavior in adolescent and young adult gay men. *Suicidal and Life-Threatening Behavior*, 19, 381- 394.

الصفحة	الموضوع
٤٣	ثانياً: العلاجات الإنسانية
٤٣	١ - العلاج المتمركز حول العميل
٤٣	نظرية روجرز الظاهرية
٤٤	مفهوم الذات
٤٦	النمو الشخصي ومفهوم الذات
٤٨	العلاج المتمركز حول العميل
٥٤	التقويم الحاسم
٥٧	٢ - العلاج الجشطاطي
٥٧	تعريف العلاج الجشطاطي
٥٨	الاختلاف بين العلاج الجشطاطي وطرق العلاج الأخرى
٥٩	أهداف العلاج الجشطاطي
٦٠	تقنيات العلاج الجشطاطي
٦٤	التقويم
٦٥	ثالثاً: العلاجات السلوكية
٦٥	الاشتراط الكلاسيكي
٦٨	الاشتراط الإجرائي
٦٩	تقنيات تعديل السلوك
٧٧	التحليل الوظيفي للعلاج السلوكي
٨٣	التقويم
٨٦	رابعاً: العلاجات المعرفية
٨٦	أوجه الإتفاق والاختلاف بين العلاج المعرفي والعلاجات الأخرى
٨٨	١ - العلاج المعرفي
٨٨	نظرة بيك للمرض النفسي

الصفحة	المحتويات
٥	مقدمة
٢٨-٩	الباب الأول (أصول العلاج النفسي)
٩	الفصل الأول: مدخل إلى العلاج النفسي
٩	مقدمة
١٢	الملامح الأساسية للعلاج النفسي
١٣	أساليب العلاج النفسي
١٨	أشكال العلاج النفسي
٢١	طبيعة الخدمات النفسية
٢٤	العوامل الثقافية في العلاج النفسي
٢٦	القواعد والحقوق في العلاقة العلاجية
٢٩-٢٠	مراجع الفصل الأول
٢٩	الفصل الثاني: أساليب العلاج النفسي
٣٠	أولاً: العلاجات التحليلية النفسية
٣٢	١ - العلاج بالتحليل النفسي الكلاسيكي
٣٦	فنيات العلاج بالتحليل النفسي الكلاسيكي
٤٠	٢ - الانحرافات المعاصرة في التحليل النفسي
	التقويم

الصفحة	الموضوع
١٣٣	تأسيس الاتصال
	موضوعات خاصة بالوقاية
١٣٨	ثانياً: تسهيل الموافقة المعلومة للعلاج النفسى للمرضى الخارجيين
١٣٨	شكل كتابى مقترح
١٤١	ثالثاً: المعالج النفسى المسئول
١٤١	أساسيات يُوصى بها لأخلاقيات العلاج النفسى
١٤١	أساسيات يُوصى بها تجاه المسئوليات الخاصة بالدور
١٤٦	توصيات يُوصى بها مقابل مسئوليات عرضية
١٤٦	متطلبات يُوصى بها مقابل مسئوليات القدرة
١٥٠	الاستنتاج
١٥٢	رابعاً: خطوط إرشادية للعلاج مع النساء
١٥٤	مراجع الفصل الثالث
	الفصل الرابع: القضايا الأخلاقية والقانونية فى العلاج النفسى
٢١٠-١٦١	تمهيد
١٦١	أولاً: الاعتبارات الأخلاقية والقانونية فى العلاج الزوجى والأسرى
١٦١	المسئولية
١٦٣	السرية
١٦٩	إمتياز المريض
١٧٠	الموافقة المعلومة والحق فى رفض العلاج
١٧٤	حق الأطفال فى الموافقة
١٧٥	قيم المعالج

الصفحة	الموضوع
٩٠	العلاج المعرفى لبيك
٩١	تقديم العلاج المعرفى لبيك
٩١	النظرة للإنسان
٩٢	النظرة للمرض
٩٢	العلاج العقلانى الانفعالى
٩٤	٣ - العلاج السلوكى / المعرفى
٩٥	النظرة إلى الاضطرابات
٩٦	الغرض من العلاج السلوكى / المعرفى
٩٧	عملية العلاج
٩٨	التحليل الوظيفى للعلاجات المعرفية
١٠٦	مراجع الفصل الثانى
	الباب الثانى
	(أخلاقيات العلاج النفسى)
١٢٣	مقدمة
١٢٧-١٦٠	الفصل الثالث: القضايا الخاصة بالعملاء والمعالجين
١٢٧	تمهيد
١٢٨	أولاً: حقوق العملاء ومسئوليات المعالجين
١٢٨	المبادئ الأخلاقية فى العلاقة العلاجية
١٢٩	مضمونات التدريب
١٢٩	توكيد العملاء يودى إلى اختيارات مدعومة
١٣١	قضايا عن القرارات المعلومة

الموضوع	الصفحة
وقاية الأسرة	١٧٥
أفعال جنسية غير مشروعة خارج الزواج	١٧٦
أمر بـ	
ثانياً: القضايا الأخلاقية في ممارسة الصحة النفسية في الريف	٧٩
خصائص المناطق الريفية	١٨٠
القضايا الأخلاقية الممكنة	١٨٠
الحل الممكن للأزمات الأخلاقية	١٨٣
ثالثاً: القضية الأخلاقية للإلتقان في العمل مع مريض الانتحار	١٨٦
السرية والمريض الانتحاري	١٨٧
رابعاً: القضايا الأخلاقية والقانونية في العلاج بالبريد الإلكتروني	١٩١
أداة التقلص	١٩١
شبكة المساعدة	١٩٣
العلاقة المهنية	١٩٤
السرية	١٩٧
حدود الكفاية	١٩٨
خامساً: العلاج النفسي عن طريق التليفون	٢٠١
مراجع الفصل الرابع	٢٠٣
الباب الثالث	
(تطبيقات العلاج النفسي)	
الفصل الخامس: العلاج النفسي والمجتمع للفصام	٢١٣-٢٤٣
مقدمة	٢١٣
العلاج بالاستبصار	٢١٥

الموضوع	الصفحة
العلاج الاجتماعي	٢١٦
العلاج الأسري	٢١٧
١١٠ - المراجع	
الرعاية المجتمعية الفعالة	٢٢٢
نقص الكفايات في المجتمع العلاجي	٢٢٩
العلاج الذي يعهد به المجتمع	٢٣١
الملخص	٢٣٢
مراجع الفصل الخامس	٢٣٤
الفصل السادس: علاج الاعتماد على العقاقير	٢٤٥-٣٩٠
أولاً: الإحالة وتخطيط العلاج	٢٤٥
معايير الإحالة	٢٤٧
عملية الإحالة	٢٥٣
لتوثيق وحفظ السجلات	٢٥٧
ثانياً: طرق العلاج للاعتماد على العقاقير	٢٦٠
١ - العلاجات بالاستبصار	٢٦١
٢ - العلاجات السلوكية والسلوكية / المعرفية	٢٦٢
٣ - العلاجات البيولوجية	٢٦٦
٤ - برامج مساعدة الذات	٢٧٢
٥ - استخدام عقار متحكم فيه مقابل التوقف	٢٧٣
٦ - برامج علاج اجتماعية ثقافية	٢٧٦
٧ - الوقاية	٢٧٧
الاستنتاج	٢٧٩
مراجع الفصل السادس	٢٨٠

الصفحة	الموضوع
٣٤٤	العلاج التحليلي المعرفي
٣٤٥	العلاج السلوي الجدلي
٣٤٦	سردج المعرفي المرفز على الصيغة
٣٤٧	العلاج المعرفي لاضطرابات الشخصية
٣٥١	فاعلية العلاج المجتمعي
٣٥٢	دليل الفاعلية
٣٥٥	مراجعة الفصل الثامن
٣٩٤-٣٦١	الفصل التاسع: علاج اضطرابات القلق
٣٦١	لعلاجات الشمولية
٣٦٢	لعلاجات السيكوندينامية
٣٦٥	لعلاجات الإنسانية والوجودية
٣٦٨	العلاج المعرفي السلوكي
٣٦٨	١ - علاج اضطراب الهلع
٣٧٢	٢ - علاج اضطراب الوسواس القهري
٣٧٧	٣ - علاج الرهاب الاجتماعي
٣٨٢	٤ - علاج الرهاب المحدد
٣٨٣	٥ - علاج اضطراب القلق العام
٣٨٦	مراجعة الفصل التاسع
٤٣٠-٣٩٥	الفصل العاشر: علاج الانتحار
٣٩٥	أولاً: التدخل في حالة المخاطرة بالانتحار
٤١٠	ثانياً: الترتيب وحفظ السجلات
٤١٦	ثالثاً: المعالجة والانتحار

الصفحة	الموضوع
٢٩١-٣٣١	الفصل السابع: علاج الاضطرابات الوجدانية
٢١٩	أولاً: علاجات الاكتئاب أحادي القطبية
٢٢١	١ - العلاج السيكوندينامي
٢٩٦	٢ - العلاج السلوكي
٣٠٠	٣ - العلاج النفسي البينشخصي
٣٠٤	٤ - العلاج المعرفي
٣١١	ثانياً: علاجات الاضطرابات ثنائية القطبية
٣١١	العلاج النفسي المساعد
٣١٥	حالة الميدان علاجات لاضطرابات المزاج
٣١٧	الملخص
٣١٩	مراجعة الفصل السابع
٣٣١-٣٦٠	الفصل الثامن: علاج اضطرابات الشخصية
٣٣١	مقدمة
٣٣٣	النموذج الدينامي لاضطراب الشخصية
٣٣٤	التناول العلاجي للمجتمع
٣٦٦	النماذج المعرفية لاضطراب الشخصية
٣٣٨	نموذج بيك وفريمان المعرفي الخاص باضطراب الشخصية
٣٣٩	نموذج الصيغ سيئة التكيف المبكرة الخاصة ببونج
٣٤٠	نموذج لينهان الجدلي الخاص باضطراب الشخصية الحدية
٣٤١	علاج رايل التحليلي المعرفي لاضطراب الشخصية الحدية
٣٤٢	العلاجات النفسية الاجتماعية لاضطراب الشخصية
٣٤٢	العلاج النفسي الدينامي

٤١٧	١ - المعالجة بعد محاولة الانتحار
٤١٩	٢ - الوقاية من الانتحار
٢٣	٣ - فاعلية الوقاية من الانتحار
٤٢٥	الاستنتاج
٤٢٦	مراجع الفصل العاشر
٤٣١	الفصل الحادى عشر: علاج الاضطرابات الجنسية
٣٤١	أولاً: علاج الاختلالات الجنسية
٤٣٦	الرغبة الجنسية الأقل نشاطاً والكراهية الجنسية
٤٣٩	الفشل الانتصابى
٤٤١	القذف المبكر
٤٤٢	قمع القذف
٤٤٢	اختلالات الاستثارة وهزة الجماع لدى الأنثى
٤٤٥	التقلص التشنجى للمهبل
٤٤٦	الجماع المؤلم
٤٤٧	ثانياً: العلاج السلوكى للمساحقات والمستهترين
٤٤٧	مقدمة
٤٤٨	صياغة وعلاج الحالة
٤٥٠	أ - المتغيرات السياقية الثقافية والمؤسسية
٤٥٣	ب - التقييم وصياغة الحالة
٤٦٠	ج - العلاج
٤٦١	مراجع الفصل الحادى عشر
٤٦٨	المحتويات

يتضمن هذا الكتاب مجال العلاج النفسى
من حيث أشكاله وأساليبه ، كما يتضمن
أخلاقيات العلاج النفسى التى توضح
مسئوليات المعالجين وحقوق العملاء
وطبيعة العلاقة العلاجية .
وكذلك يعرض تطبيقات العلاج النفسى
فى علاج الإضطرابات العقلية .

الناشر

المجلس الأعلى للثقافة

الألم - العالم - مسجون - مبدئي العظمى - النعمانية

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1001-1005.

0-76987599-9 \$19.95